



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA

# **Relatório de Estágio**

**“Cuidados Especializados à Pessoa em  
Situação Crítica com patologia ou trauma  
Abdominal – Uma intervenção de Enfermagem”**

Elaborado Por: Patrícia Alexandra Costa Neves

Orientador: Prof. Jorge Sousa Ferreira

Lisboa

Novembro, 2013

"Há uma força motriz mais poderosa que o vapor e a eletricidade:

a Vontade!"

Albert Einstein

## **AGRADECIMENTOS**

À minha Mãe, pelo apoio incondicional, pela paciência e pela motivação,  
quando o cansaço era mais forte que a minha vontade.

À minha Amiga Carla, com quem partilhei muitos momentos de dúvida e que  
comigo fez este percurso.

A todos os meus Amigos, que apesar da distância e do afastamento, sempre  
se mostraram compreensivos e sempre me incentivaram.

Ao Guto, que nunca duvidou das minhas capacidades.

Aos meus colegas de trabalho, que me apoiaram e me incentivaram durante  
todas as fases deste mestrado.

Ao professor Jorge Ferreira, pela disponibilidade e incentivo que demonstrou  
ao longo de todas as etapas deste percurso de aprendizagem e, sobretudo pela  
orientação nos momentos em que me sentia perdida, lembrando-me sempre qual  
era o objetivo final.

Aos orientadores dos locais de estágio, assim como às equipas de  
enfermagem que me receberam de mente aberta e se disponibilizaram para me  
proporcionar as melhores experiências de aprendizagem, pela partilha de  
conhecimentos que me enriqueceu como profissional e como pessoa.

## LISTA DE ABREVIATURAS

Bpm – Batimentos por minuto  
Cpm – Ciclos por minuto  
mmHg – milímetros de Mercúrio

## LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
ADE – Academia de Desenvolvimento em Enfermagem  
BO – Bloco Operatório  
CVC – Cateter Venoso Central  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DMUM – Dispositivos Médicos de Utilização Múltipla  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
EAP – Edema Agudo do Pulmão  
EE – Enfermeiro Especialista  
EOT – Entubação Oro-Traqueal  
*FAST* - Focused Assessment with Sonography for Trauma  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PIC – Pressão Intra-Abdominal  
PSC – Pessoa em Situação Crítica  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
RCR – Reanimação Cardiorrespiratória  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SE – Salas de Emergência  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SO – Sala de Observação  
SUP – Serviço de Urgência Polivalente  
SIRS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica  
TEP – Trombo-Embolismo Pulmonar  
UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVSépsis – Via Verde Sépsis

## RESUMO

O presente documento é referente ao relatório de estágio inserido no mestrado de especialização na área pessoa em situação crítica. Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com patologia e/ou trauma abdominal são a temática central deste projeto para aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.

A Pessoa com patologia e/ou trauma abdominal apresenta um risco acrescido para o desenvolvimento de várias complicações, tais como infeção, sépsis e hemorragia, assim como complicações do foro respiratório e cardíaco, como insuficiência respiratória e arritmias, as quais podem resultar em falência multiorgânica, surgindo assim, a necessidade de uma vigilância e monitorização constantes. Os profissionais de saúde responsáveis por estes cuidados são os Enfermeiros. Para que seja possível intervir de forma eficaz e melhorar o prognóstico e qualidade de vida destes doentes, é importante que o Enfermeiro esteja desperto para os sinais e sintomas de complicações e que detenha conhecimentos sobre as medidas necessárias para controlar os possíveis danos que podem existir para a vida da Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A realização do estágio assumiu-se como o passo determinante num percurso de aquisição de competências e pretendeu reunir os vários contributos das restantes unidades curriculares que constituem o plano de estudos do presente mestrado e integra-los na prática diária dos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica com patologia e/ou trauma abdominal.

O Enfermeiro Especialista (EE) em PSC deve possuir competências para a prestação de cuidados à Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica bem como, maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo de infeção. Tendo por base estas duas premissas para o desenvolvimento profissional de um EE, definiu-se como objetivo geral para este estágio “*O desenvolvimento de competências nos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica com patologia ou trauma abdominal e à sua família.*”

Para concretizar este objetivo foram escolhidos dois locais de estágio, um serviço de urgência polivalente e uma unidade de cuidados intensivos polivalente, onde foi possível desenvolver um conjunto de atividades que permitiram atingir os

objetivos delineados inicialmente, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à Pessoa com Patologia e/ou Trauma Abdominal.

De forma a nortear o caminho percorrido, foram escolhidas duas autoras, nomeadamente, como referencial teórico, “ Promover a vida” da autora Marie-Françoise Collière, uma vez que a sua abordagem sobre os cuidados de enfermagem é adaptável à realidade das nossas instituições de saúde e os pressupostos permitiram compreender de forma holística o bem-estar deste tipo de doentes; e o livro “ De iniciado a Perito”, de Patrícia Benner, que permitiu o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, durante esta *démarche* utilizando o modelo de *Dreyfus* aplicado à enfermagem.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento de competências; Cuidados de enfermagem especializados; Patologia e trauma abdominal; Pessoa em Situação Crítica.

## ABSTRACT

This document refers to the report inserted in master's specialization in person in critical condition. The skilled nursing care to the person in critical condition with abdominal pathology and/or trauma is the central theme of this project for the acquisition and development of technical and relational skills.

The person with abdominal pathology and/or trauma have an increased risk for the development of various complications such as infection, bleeding and sepsis, as well as respiratory and cardiac complications, such as arrhythmias and respiratory insufficiency, which may result in multiorgan failure . Therefore, there is need for constant surveillance and monitoring, and usually the professionals responsible for this care are nurses. To be able to intervene effectively and improve the prognosis and quality of life of these patients, it is important that the nurse is awake to the signs and symptoms of complications and that holds knowledge about the measures necessary to control possible damage that may exist for life of the Person in Critical Condition.

The completion of the stage was seen as the last step in a journey of acquiring skills and wanted to bring together the various contributions of the remaining courses that constitute the curriculum of this master and integrate them into daily practice of skilled nursing care to the person in critical condition with abdominal pathology and/or trauma. The nurse specialist in critical care must possess skills to provide care to people experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure as well as maximize its intervention in the prevention and control of infection. Based on these two assumptions for the development of a professional nurse specialist, the general objective set for this stage was "*The development of skills in specialized care to the Person in Critical Situation with abdominal disease and/or trauma and his family.*"

To achieve this objective there were chosen two internship places, an emergency service and a polyvalent intensive care unit, where it was possible to develop activities that allowed achieving the goals outlined initially, contributing to the development of expertise in providing care to the person with abdominal disease and/or abdominal trauma.



In order to guide the path, I have chosen two theoretical frameworks: decided to have the theoretical "Promoting life" the author Françoise - Marie Collière, since her approach to nursing care, seems adaptable to reality of our health institutions, and the book "Stages of Clinical Competence", from Patricia Benner, to allow reflection on the route acquisition and skills development, using the Dreyfus model applied to nursing.

Keywords: skills development; specialized nursing care, abdominal disease and trauma; person in critical condition.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>16</b>
1.1 PATOLOGIA E TRAUMA ABDOMINAL - FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS .....	18
1.2 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA E/OU TRAUMA ABDOMINAL – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	22
<b>2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PSC .....</b>	<b>25</b>
2.1 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA E/OU TRAUMA ABDOMINAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) .....	26
2.2 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA E/OU TRAUMA ABDOMINAL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP) .....	39
<b>3. OUTRAS ATIVIDADES RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
 <b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE 2 – PLANO DE ATIVIDADES PARA O SUP E UCIP.....</b>	<b>72</b>

<b>APÊNDICE 3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO: ARMAZENAMENTO, MANUTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILIZADOS .....</b>	<b>72</b>
---	-----------

<b>APÊNDICE 4 – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>76</b>
--	-----------

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I – CIRCULAR NORMATIVA VIA VERDE SÉPSIS.....</b>	<b>79</b>
---	-----------

<b>ANEXO II – PROCEDIMENTO SECTORIAL AVALIAÇÃO DA PRESSÃO INTRA- ABDOMINAL.....</b>	<b>100</b>
---	------------

<b>ANEXO III – PROCEDIMENTO SECTORIAL DOR, 5º SINAL VITAL .....</b>	<b>105</b>
---	------------

<b>ANEXO IV – CERTIFICADO COMO FORMADORA NO PROGRAMA AVANÇADO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA .....</b>	<b>115</b>
--	------------

<b>ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE .....</b>	<b>117</b>
--	------------

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular de Estágio com Relatório, do 3º semestre do curso. No percurso da aquisição de competências, foi proposta a utilização de uma metodologia de projeto, com implementação em contexto de estágio. A realização do estágio assumiu-se como o último passo num percurso de aquisição de competências e pretendia reunir os vários contributos das restantes unidades curriculares que constituem o plano de estudos do presente mestrado e integra-los na prática diária dos cuidados de enfermagem especializados. Este relatório tem como finalidade descrever e refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências durante a operacionalização de um projeto de estágio sobre os cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A palavra Projeto derivada do latim “*projectu*” expressa a ideia de “*lançamento para a frente*”, compreende por isso a necessidade do aluno em tornar-se ator principal no seu percurso de formação, definindo um problema a estudar, sistematizando atividades e recursos necessários para a resolução do mesmo. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.3),

“a metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática”.

Ainda segundo os mesmos autores, a metodologia de projeto divide-se em 5 etapas: elaboração do diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento de atividades; meios e estratégias; execução e avaliação e divulgação dos resultados.

O trabalho desenvolvido, integrado no presente mestrado foi um projeto de intervenção clínica/estágio que permitiu o desenvolvimento de competências, na

prestação de cuidados de enfermagem à PSC, que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2010b, p.1)

“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”,

com o objetivo que no final deste percurso o nível de cuidados, de acordo com Benner (2001), fosse o equivalente ao enfermeiro competente e proficiente e/ou perito.

Tendo em conta, tratar-se de um Curso de Mestrado, na escolha da temática foi essencial rever os descritores de Dublin, definidos para o 2º ciclo, uma vez que seria essencial cumprir todos os seus requisitos. No entanto, os descritores de Dublin são linhas orientadoras, pouco específicas em relação à prática de cuidados especializados em enfermagem, que seria o segundo objetivo a cumprir. Como tal, e uma vez tratando-se de um mestrado em enfermagem de especialização numa área específica, considerei essencial ter em conta as competências específicas preconizadas pela OE, para o EE em PSC (OE, 2010b, p.2):

“Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas”.

Desta forma, para a escolha do tema era imperativo ter em conta as minhas experiências profissionais anteriores e a necessidade de selecionar uma área que permitisse a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais essenciais ao enfermeiro especialista em PSC. Assim, considerei pertinente direcionar este estágio para o doente crítico do foro abdominal, mais especificamente com patologia ou trauma abdominal. Uma vez que estes doentes apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento de várias complicações, como infeção, sépsis, hemorragia, bem como complicações do foro respiratório e cardíaco, como insuficiência respiratória e arritmias (Linke, 2011), que podem resultar em falência multiorgânica. Há por isso, necessidade de uma vigilância e monitorização constantes, sendo que habitualmente os profissionais responsáveis são os enfermeiros. Por outro lado, muitos destes doentes têm necessidade de cirurgia, num período urgente ou

emergente, indo diretamente de encontro à minha área de intervenção diária, os cuidados de enfermagem prestados no peri-operatório, uma vez que desempenho funções num bloco operatório. Assim emerge a necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem a este grupo de doentes, fora do contexto de trabalho diário, o bloco operatório.

Tendo em conta o anteriormente exposto e visando o desenvolvimento das competências específicas definidas pela OE para o enfermeiro especialista em PSC, defini como **objetivo geral**:

*Desenvolver competências nos cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica com patologia ou trauma abdominal e à sua família.*

De forma a concretizar o objetivo geral do estágio, defini como **objetivos específicos**:

- Aprofundar conhecimentos de enfermagem na área do doente do foro abdominal, nos seus vários domínios, nomeadamente nos cuidados de enfermagem em situação de urgência e emergência e nos cuidados perioperatórios.
- Desenvolver competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC com patologia e trauma abdominal e sua família.
- Refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC com patologia e trauma abdominal.

Uma vez que a minha experiência profissional nos cuidados peri-operatórios, apenas abrange o período intra-operatório e a unidade de cuidados pós-anestésicos, para que o desenvolvimento das competências se realizasse a escolha dos locais de estágio, teria que colmatar algumas lacunas existentes na minha prática profissional, quer no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no ambiente do serviço de urgência, e em unidade de cuidados intensivos. Assim, o período de estágio foi repartido por dois locais: um Serviço de Urgência Polivalente SUP, num hospital central da região de Lisboa, durante 9 semanas, e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível 3 da mesma instituição, durante 8 semanas.

O estágio nestas duas áreas de cuidados à PSC permitiu consolidar conhecimentos numa área em que já desenvolvo a minha prática de cuidados, tornando-me um elemento perito, na equipa de enfermagem que integro no meu local de trabalho, uma vez que a “prática é em si mesma, um modo de se obter

conhecimento” (Benner, 2001 p.12). No entanto, para desenvolver uma qualquer competência, as experiências devem ser acompanhadas por um processo reflexivo onde se deve associar a prática dos cuidados de enfermagem, ao pensamento crítico e à evidência científica.

Como forma de orientar o processo reflexivo inerente ao desenvolvimento de competências, decidi ter como referencial teórico Marie-Françoise Collière, nomeadamente o livro “Promover a vida” uma vez que a sua abordagem sobre os cuidados de enfermagem, me parece intemporal e adaptável à realidade das nossas instituições de saúde. A escolha desta autora prende-se com a necessidade de fundamentar os cuidados de enfermagem e a reflexão sobre a prática nos metaparadigmas essenciais para a profissão, nomeadamente a saúde, a pessoa, o ambiente e o cuidado de enfermagem, nos vários estádios que compõem o desenvolvimento individual de cada um, com o objetivo de chegar a perito. De forma a permitir uma reflexão sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, utilizei como fundamentação teórica o modelo de *Dreyfus* aplicado à enfermagem, presente no livro “ De iniciado a Perito”, da autora Patrícia Benner,

O presente relatório divide-se em três capítulos, que pretendem refletir o percurso realizado. O primeiro capítulo contempla um enquadramento conceptual e teórico da temática como forma de contextualizar a problemática sob o ponto de vista da enfermagem. O segundo capítulo diz respeito à descrição e reflexão sobre o percurso de aquisição de competências, tendo em conta os locais de estágio selecionados e as atividades planeadas e desenvolvidas, com a consequente reflexão sobre os resultados obtidos e o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional. O terceiro capítulo aborda outras atividades desenvolvidas, não planeadas, e de que forma foram importantes para o desenvolvimento de competências enquanto EE em PSC. Por último, as considerações finais apresentam uma conclusão e uma reflexão sobre o percurso delineado e concretizado através do estágio, limitações e principais dificuldades encontradas.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O EE em PSC deve reunir um conjunto de competências, algumas delas específicas no cuidado à Pessoa a vivenciar situações de falência multi-sistémica, mas também de cariz mais abrangentes, que se encontram alinhadas com os descritores de Dublin para o 2º ciclo, desenvolvidas pelo *Joint Quality Initiative Group*, como a aplicação de conhecimentos e compreensão de situações; realização de julgamentos e tomada de decisão ética; comunicação e capacidade de autoaprendizagem.

Como forma de reunir informação e definir padrões de qualidade para os cuidados especializados em PSC, a OE criou um regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados, aprovado em 2011, onde se encontram definidos os cuidados de enfermagem especializados à PSC como (OE, 2011; p.1)

“Cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista a uma recuperação total”, sendo que para atingir este nível de cuidados é necessário

“uma observação, colheita e procura contínua...com o objetivo de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa concreta, eficiente e em tempo útil.”

Essencialmente, com a realização e conclusão deste mestrado o que se pretendia era implementação de uma prática de cuidados de enfermagem que espelha-se os padrões de qualidade acima referidos e definidos pela OE, para o enfermeiro especialista em PSC. A realização do estágio foi uma etapa fundamental para este processo, uma vez que

“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001; p.61),

possibilitando um maior número de experiências enriquecedoras, que permitem a aquisição e desenvolvimento de competências. De certa forma, para se alcançar um nível de cuidados diferenciados, é necessário percorrer vários estádios de desenvolvimento. De acordo com Benner (2001) é possível transformar uma



competência através da experiência e do domínio, havendo por isso melhoria na prestação de cuidados. Quando se pensa, num percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é por isso fundamental contextualizar não só quais as competências que se pretendem desenvolver mas também qual o estágio inicial em que nos encontramos para percorrer este caminho.

A minha experiência profissional concentra-se, há vários anos, sobretudo nos cuidados de enfermagem prestados no período intra-operatório, no que diz respeito às técnicas anestésicas e analgesia e, aos procedimentos cirúrgicos realizados, assim como a manutenção das condições de assepsia e segurança do doente durante este período. Assim neste contexto dos cuidados de enfermagem considero que me encontro a um nível de competências equivalente ao proficiente (estádio 4) em que

*“a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos isolados e as suas ações são guiadas por máximas. A percepção é aqui uma palavra chave. (...) capacidade, fundada sobre a experiência, de reconhecer situações no seu todo, (...) esta compreensão global melhora o seu processo de decisão (...) porque a enfermeira, possui, agora, uma perspetiva que permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes.”*  
(Benner, 2001 p.54 e 55).

O período que antecede a entrada no bloco e o pós-operatório destes doentes, em unidades de cuidados intensivos são períodos que não fazem parte da minha prática diária de cuidados, sendo que são de grande importância para a compreensão de quais os fatores que determinam o aparecimento de complicações e a recuperação destes doentes, permitindo-me alcançar um nível de competências ao nível do perito (estádio 5),

*“A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente o problema sem se perder num leque de soluções (...) ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global”* (Benner, 2001; p.58).

No âmbito deste estágio, pretendeu-se o desenvolvimento de um nível de competências que se contextualize com o que Benner (2001) define como uma enfermeira proficiente e uma enfermeira perita. Para cumprir este propósito era fundamental deparar-me com situações que ultrapassem os meus conhecimentos,

para que pudesse pesquisar novos domínios de aprendizagem, que permitissem uma evolução baseada no conhecimento científico e na prática clínica.

No entanto, pretende-se que o enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa em situação Crítica consiga cuidar da Pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sem esquecer que todos são parceiros no processo de cuidados, com trajetórias de vida, com capacidades de agir ou decidir, de forma a assegurar uma resposta a uma necessidade (Collière, 1999).

O meu contexto de trabalho insere-se nos cuidados de enfermagem perioperatórios, mais concretamente nas funções do enfermeiro num bloco operatório com várias especialidades cirúrgicas, como a cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia cardio-torácica, entre outras. A patologia e o trauma abdominal são duas áreas importantes da minha prática de cuidados diária, uma vez que grande parte destes doentes necessitam em determinado momento de uma intervenção cirúrgica, que pode ser realizada num contexto urgente ou até mesmo emergente. Para um conhecimento aprofundado desta temática tornou-se imperativo compreender e refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes no período pré e pós-operatório, e de que forma estes podem influenciar o prognóstico e a recuperação destes doentes.

## **1.1 PATOLOGIA E TRAUMA ABDOMINAL - FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS**

Segundo Kim (2007), apesar do desenvolvimento tecnológico, quer ao nível dos cuidados perioperatórios quer ao nível da técnica cirúrgica propriamente, a cirurgia abdominal urgente continua a estar associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. De acordo com o estudo acima citado, o índice de complicações é superior quando comparado com o mesmo procedimento realizado de forma electiva, ou seja programada. Apesar de existirem vários fatores responsáveis e que justificam os resultados, os vários estudos consultados não apresentam causas únicas para os elevados índices de complicações pós-

operatórias desenvolvidas por este tipo de doentes. No entanto, parece existir um consenso no que refere aos fatores que influenciam os resultados e a recuperação dos mesmos, como os antecedentes individuais, a idade, a patologia associada, o tempo de evolução e os cuidados no pós-operatório (Antalovic, 2008).

Através da revisão bibliográfica realizada, são várias as complicações associadas à cirurgia abdominal, sendo mais frequentes na cirurgia urgente/emergente. Podem estar diretamente relacionadas com o procedimento cirúrgico realizado e a infeção, resultando em abscessos intra-abdominais, hemorragia, sepsis, deiscência da anastomose e infeção local da sutura (Trenti, 2011). No entanto, os doentes submetidos cirurgia abdominal urgente/emergente, devido a uma reserva fisiológica diminuída, rapidamente desenvolvem outro tipo de complicações, como a insuficiência cardíaca, arritmias, infeção e insuficiência respiratória, que podem, na ausência de cuidados especializados em unidades de cuidados intensivos, rapidamente evoluir para a falência multiorgânica (Linke, 2011)

De acordo com Morse (2008), num estudo realizado em doentes em idade avançada submetidos a cirurgia gastrointestinal emergente, a taxa de mortalidade (até aos 30 dias pós-operatórios) é muito superior quando comparada com o mesmo procedimento realizado de forma programada, sendo de 30,7% para a cirurgia emergente, contrastando com 7,7% para a cirurgia electiva. Ainda no mesmo estudo, foram registados dados relacionados com o período total de hospitalização, número de dias em cuidados intensivos e número de dias com necessidade de ventilação mecânica, sendo os resultados superiores para qualquer dos dados recolhidos, quando se trata de cirurgia emergente.

Por outro lado, segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por um grupo de médicos de um hospital de Auckland, na Nova Zelândia, é possível concluir que não existe relação direta entre os cuidados pré-operatórios de rotina, como a preparação intestinal e o jejum prolongado e o aparecimento de complicações no pós-operatório (Zargar-Shoshtari, 2008). Apesar deste tipo de cuidados estar protocolado desde há vários anos como cuidados generalizados para a cirurgia abdominal, de acordo com os mesmos autores, a preparação intestinal pré-operatória esta associada com elevado desconforto para o doente, desidratação e desequilíbrio hidroelectrolítico acentuado que podem condicionar o pós-operatório destes doentes. Ainda de acordo com os mesmos autores, o jejum prolongado

exigido aos doentes 8 a 10 horas anteriores há cirurgia, também desencadeia uma resposta fisiológica do organismo que pode não ser vantajosa para a recuperação cirúrgica. No mesmo artigo, alguns dos cuidados pós-operatórios de rotina nos doentes submetidos a cirurgia abdominal, como a drenagem gástrica passiva, dieta zero, drenagem da cavidade abdominal, também não parecem evitar o aparecimento de complicações no pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia abdominal (Zargar-Shoshtari, 2008).

O estudo afirma ainda que é importante o acompanhamento e monitorização destes doentes no período perioperatório, sendo os cuidados prestados individualizados adequados a cada situação. É de realçar também a importância de um conjunto de estratégias e cuidados que devem ser planeados como parte de um programa de recuperação para doentes submetidos a cirurgia abdominal (Zargar-Shoshtari, 2008).

No entanto, e apesar do acima exposto, na revisão bibliográfica realizada é possível concluir que os doentes submetidos a cirurgia abdominal urgente/emergente necessitam de cuidados perioperatórios especializados, devido a uma resposta inflamatória sistémica e uma baixa reserva fisiológica, uma vez que grande parte destes doentes são de uma faixa etária elevada, havendo na grande maioria dos casos, outras patologias associadas como insuficiência cardíaca, má função hepática e hábitos tabágicos. Sendo estas algumas das principais causas apontadas para o elevado índice de complicações associado à cirurgia abdominal urgente e/ou emergente.

De acordo com Morse (2008), as complicações mais frequentes no pós-operatório dos doentes submetidos a cirurgia abdominal urgente /emergente são a infeção pulmonar e/ou insuficiência respiratória, a insuficiência cardíaca, as arritmias, a hemorragia gastrointestinal, o *ileus paralítico*, deiscência da anastomose, infeção local da sutura, abscesso intra-abdominal e a sepsis. No entanto podem ser vários os fatores que predispõem para o aparecimento de algumas destas complicações, que podem estar relacionados com a escolha da técnica cirúrgica e os cuidados intra-operatórios, fatores individuais como os antecedentes pessoais e o estado geral de cada pessoa, bem como factores relacionados com os cuidados no pós-operatório, como insuficiente analgesia, mobilização tardia, alimentação entérica precoce, entre outras.

Segundo Linke (2011), apesar da constante melhoria na técnica cirúrgica e nos cuidados intra-operatórios, a cirurgia abdominal coloca os doentes em potencial risco de desenvolver complicações de natureza variada no pós-operatório, que conduzem a um aumento da morbilidade e mortalidade, duração de internamento e custo/efectividade dos cuidados prestados. Ainda segundo o mesmo autor, os cuidados diferenciados prestados a estes doentes em unidades especializadas no tratamento e vigilância do doente crítico desempenham um papel determinante, na recuperação e melhoria da qualidade de vida destes doentes. Os cuidados perioperatórios especializados de qualidade são por isso mandatórios quando se trata de doentes críticos submetidos a cirurgia abdominal urgente/emergente, uma vez que podem desempenhar um papel fundamental na deteção precoce da sintomatologia, bem como na monitorização de possíveis complicações. “Não é só o cirurgião que faz a diferença nos resultados cirúrgicos do doente submetido a cirurgia abdominal major, mas também o cuidado perioperatório de excelência” (Linke, 2011). Embora esta problemática e a prestação de cuidados de enfermagem esteja relacionada com as intervenções interdependentes e o trabalho em equipa multidisciplinar, vários autores sustentam que a prestação de cuidados de enfermagem especializados num ambiente controlado em unidades especializadas são fatores determinantes para o sucesso das intervenções cirúrgicas e para a recuperação dos doentes.

De acordo com Zargar-Shoshtari (2008), os programas/protocolos de cuidados pós-operatórios (*Enhanced recovery after surgery*) são uma compilação de estratégias de cuidados, em que o objetivo final é a recuperação dos doentes e uma melhoria da qualidade do pós-operatório. Cuidados como a analgesia multifocal, oxigénioterapia, mobilização precoce, alimentação entérica precoce, fluidoterapia adequada, entre outros, devem constar dos protocolos perioperatórios dos doentes submetidos a cirurgia abdominal, sendo a sua aplicação ponderada de acordo com as necessidades e a avaliação contínua de cada pessoa, tendo em conta as variáveis individuais e ambientais que podem comprometer a sua recuperação.

## **1.2 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA OU TRAUMA ABDOMINAL – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Quando defini como alvo para os cuidados de enfermagem deste projeto, a PSC com patologia e/ou trauma abdominal, considerei fundamental que o enquadramento para o desenvolvimento de competências tivesse como pilar, o conceito de Cuidar, nas suas múltiplas vertentes, como define Collière.

“...Cuidar, tomar conta, é um ato de vida, que tem primeiro e antes de tudo, como fim, permitir à vida, continuar desenvolver-se, e assim lutar contra a morte...” (Collière, 1999; p.27).

Sendo o cuidar, o conceito central da profissão de enfermagem e o seu objetivo principal, é importante compreender que o cuidar integra os vários contextos de vida da pessoa, desde o seu nascimento até à sua morte.

De acordo com Collière (1999), Cuidar é definir as necessidades vitais da Pessoa, família ou grupo, desencadeando a ação para suprir a sua funcionalidade e sentido. Ao desenvolver este projeto, pretendo prestar cuidados à pessoa em situação crítica com patologia e/ou trauma abdominal, assegurando a continuidade da vida.

Os cuidados de reparação “to cure”, como define Collière, “permitem assegurar a continuidade da vida” sempre que esta se depara com obstáculos, como a doença, tendo como principal objetivo “limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas” (Collière, 1999; p.238).

No entanto, a autora refere ainda que associados aos cuidados de reparação, devem estar cuidados mais abrangentes e contínuos, constantes durante o desenvolvimento da vida, os cuidados de manutenção “to care”, estes representam todo um “conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida” (Collière, 1999; p.239). Nas sociedades ocidentais, associado ao desenvolvimento tecnológico, têm havido um predomínio dos cuidados de reparação sob os cuidados de manutenção. Apesar de reconhecer a sua importância, no tratamento e recuperação da pessoa doente, os cuidados de reparação, quando considerados isoladamente, geram uma “aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa (...) Fixando-se em tudo o que está a morrer” (Collière, 1999; p.239)

“Para que serve reparar, tratar, se tudo o que mobiliza a vida não é tomado em conta?” (Collière,1999; p.240)

Na minha perspectiva, esta é uma questão essencial sobre a qual a enfermagem deve reflectir e coexistir. Quando se aborda a pessoa em situação crítica é fundamental não excluir os cuidados de manutenção, o cuidar, que deve estar inerente à manutenção e recuperação da vida, em toda a sua plenitude, sendo esta a finalidade última do enfermeiro especialista.

Esta autora faz-me particularmente sentido, uma vez que o centro dos cuidados de enfermagem é a Pessoa, sendo que o objectivo principal é Cuidar a Pessoa. Quando falamos na aquisição de competências numa área tecnicamente tão exigente como o cuidado à Pessoa em Situação Crítica, adquirir as competências necessárias para prestar cuidados centrados na Pessoa, olhando-a como uma Pessoa única, a cada momento, é algo que permite enriquecer e transformar a prática de enfermagem, uma vez que me permite aprofundar o que são os cuidados de enfermagem, numa perspectiva do Cuidar da Pessoa, e sua família, num momento e ambiente específicos.

“Os cuidados de enfermagem situam-se na junção de pessoas – utilizadores e prestadores de cuidados - que têm hábitos de vida e portanto, crenças diferentes e que são submetidas às flutuações de diferentes meios de vida” (Collière,1999; p.276).

Quando prestamos cuidados especializados à pessoa em situação crítica é fundamental o conhecimento e compreensão das condicionantes do seu meio socioeconómico, interiorizando o seu papel no seio familiar e, compreendendo o impacto da doença quer para a pessoa como para a sua família.

Quando em algum momento da sua vida, a pessoa experiencia algo que o incapacita de continuar a desenvolver-se, estamos perante um episódio de doença, em que as capacidades individuais de cada um se alteram e estão diminuídas. Segundo Collière, “o campo de competência da enfermagem situa-se na junção de tudo o que mobiliza as capacidades da vida em relação com as incidências da doença” (1999; p.289). Desta forma, deve existir uma distinção entre tratar a doença e cuidar a PSC, sendo que ambas são fundamentais para permitir à pessoa a recuperação total e regresso à sua vida, de onde emerge o conceito de saúde como “... O conjunto de possibilidades que permitem viver e continuar a desenvolver-se

(...) é um conjunto de forças vivas, físicas, afetivas, psíquicas e sociais (Collière, 1999; p.288 e 289)

O processo de cuidados deve ser uma construção específica de cada situação, elaborada através da relação entre quem recebe e quem presta cuidados. Assim o processo de cuidados, inicia-se com o levantamento das necessidades específicas de cada pessoa. No contexto deste estágio, pretendia-se que o processo de cuidados se iniciasse, no momento em que a pessoa em situação crítica com um foco de doença abdominal recorre aos cuidados diferenciados. Os cuidados de reparação centram-se sobretudo na necessidade de reparar ou eliminar os fenómenos de doença que constituem um obstáculo à vida. Contudo, é importante não esquecer que o objetivo principal da enfermagem é cuidar de forma a permitir a continuidade da vida e que por isso, quer os cuidados de manutenção quer os cuidados de reparação devem existir em complementaridade.

De acordo com esta autora, a prática dos cuidados de enfermagem deve ser um contínuo, que deve assentar nos mesmos pressupostos, nos vários momentos da vida de cada um, ou seja, desde os cuidados à nascença, aos cuidados geriátricos, incluindo todos os episódios de doença, mesmo que sejam altamente técnicos como são os cuidados de enfermagem à PSC.

Assim, a reflexão sobre a minha prática de enfermagem assenta nestes pressupostos. O conceito de cuidar, é visto de uma forma abrangente e adaptável a qualquer experiência de vida, saúde ou doença, em que todos são intervenientes ativos para o resultado final. O processo de cuidados de enfermagem deve ser entendido como “uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados” (Collière, 1999; p.293).



## **2. PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PSC**

De acordo com a OE (2010), o EE em PSC deve reunir para além das competências de carácter geral definidas para o EE, competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; e competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas.

Para a operacionalização dos objetivos definidos na introdução e desenvolvimento das competências pré-estabelecidas pela OE, considerei fundamental o acompanhamento da PSC com patologia e/ou trauma abdominal, submetida a cirurgia urgente/emergente, durante o seu percurso nesta fase crítica, que vai desde a entrada no serviço de urgência, até ao pós-operatório numa unidade de cuidados intensivos.

As atividades desenvolvidas estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados enfermagem a este grupo de doentes, desde a sua avaliação inicial e identificação de fatores de risco, até ao planeamento dos cuidados pós-operatórios, através de uma monitorização contínua e identificação precoce de complicações.

Assim com vista à operacionalização do projeto, o período de estágio foi dividido em dois locais, dando especial ênfase ao período pré-operatório e a avaliação e diagnóstico inicial da PSC com patologia e/ou trauma abdominal com necessidade de cirurgia urgente/emergente, contemplando por isso nove semanas num Serviço de Urgência Polivalente (SUP); E no período pós-operatório, na monitorização e deteção precoce de complicações e nos cuidados especializados à PSC submetida a cirurgia abdominal urgente/emergente contemplando para isso, oito semanas de estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), de nível 3 e nível 2. (Apêndice 1- Cronograma do Estágio).

Neste capítulo, pretendo descrever de que forma as atividades realizadas permitiram a aquisição e consolidação das competências necessárias ao enfermeiro especialista em PSC. Para tal, decidi dividir este subcapítulo pelos locais de estágio, uma vez que os objetivos definidos para o estágio e as atividades planeadas para

ambos os locais de estágio são semelhantes, embora adaptados às características de cada um dos serviços (Apêndice 2), e assentam sobretudo na prestação de cuidados de enfermagem. No entanto, a especificidade de cada local permitiu um desenvolvimento de competências que se complementaram e contribuíram para a minha formação e desenvolvimento profissional e pessoal. Assim, pretendo descrever o meu percurso de aquisição de competências, refletindo sobre os contributos que a prestação de cuidados de enfermagem em dois ambientes tão distintos, como o SUP e a UCIP foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que,

*“Os enfermeiros detêm a experiência, o conhecimento e a competência para criar e inovar, desenvolvendo estratégias pedagógicas que podem efetivamente satisfazer as necessidades de aprendizagem ...”* (Vieira et al, 2008; p.149).

## **2.1 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA E/OU TRAUMA ABDOMINAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP)**

O SUP caracteriza-se por ser uma unidade polivalente e a sua estrutura física divide-se em duas grandes áreas atuação, uma de atendimento e outra de observação. A área de atendimento é constituída por uma área de admissão de utentes e sala de espera geral. O gabinete de triagem está localizado junto à admissão de utentes, estando equipado com quatro postos de trabalho. De acordo com a triagem, existem dois balcões de atendimento de acordo com a prioridade estabelecida, balcão de azuis/verdes e balcão de amarelos/laranjas. Cada balcão dispõe de uma área para macas e cadeirões de repouso para administração de terapêutica e oxigenioterapia. Para além destes balcões gerais, existem ainda zonas de atendimento por especialidades, como balcão de pequena cirurgia, ortopedia, Otorrinolaringologia (ORL) e oftalmologia.

A área de observação, caracteriza-se por um longo corredor, sendo composta por 5 salas de observação, divididas preferencialmente entre utentes de medicina e cirurgia (sala 1,2 e 3 medicina; sala 4 e 5 cirurgia), com um limite de vagas entre 4 a 5 utentes. Todas as salas estão equipadas com monitores cardíacos e rampas de

oxigénio e vácuo para cada unidade de utente. Existem ainda 4 salas de emergência, equipadas com ventiladores, monitores cardíacos, carros de emergência, seringas infusoras, rampas de oxigénio, vácuo e ar ambiente. As salas 1 e 2 estão mais vocacionadas para o trauma, uma vez que têm incorporado aparelho de radiografia, marquesas radiotransparentes e material para imobilização em plano duro. A sala 4 está preparada para funcionar como bloco operatório de urgência, dispondo de zona de desinfeção, aparelho de bisturi elétrico, *pantofes* e dispositivos médicos de utilização múltipla, como bases de cirurgia pequenas, medias e grandes. O serviço dispõe ainda de alguns meios rápidos de diagnóstico como o *FAST* (Focused Assessment with Sonography for Trauma), aparelho de análises de gasimetria e troponinas.

O doente que se desloca ao SUP inicia o seu circuito passando inicialmente pelo serviço de admissão e depois pela triagem, que é realizada segundo o protocolo de *Manchester*, o enfermeiro descreve o motivo/queixa da vinda à urgência, escolhe um fluxograma adequado à sintomatologia e através de um discriminador é estabelecida uma cor de prioridade clínica de atendimento (azul para utentes não urgentes; verde para utentes pouco urgentes; amarelo para utentes urgentes; laranja para utentes muito urgentes e vermelho para emergências). O utente é então encaminhado para uma das salas de espera do respetivo balcão, verdes/azuis ou amarelos/laranjas, onde aguardam para o atendimento médico. Os doentes com cor de prioridade laranja, são encaminhados diretamente para balcão amarelo/laranja, sendo o processo entregue pessoalmente pelo enfermeiro da triagem ao médico em balcão.

Após consulta médica, com os especialistas de medicina interna ou cirurgia geral, são realizados exames complementares de diagnóstico e administrada terapêutica de acordo com a prescrição médica. Por vezes, pode também ser pedida a observação por parte de outras especialidades. De acordo com a evolução, os utentes podem ter alta ou ser transferidos para sala de observação (SO), o que significa o seu internamento no centro hospitalar. Uma vez nas salas de observação, os utentes aguardam em maca, até se encontrarem estáveis para a realização do transporte para o serviço de internamento. As visitas de familiares nas salas de observação obedecem a um horário pré-estabelecido, sendo que não existe rigidez por parte da equipa de enfermagem, pelo que são permitidas visitas, fora do horário

definido, por um curto período de tempo e sempre que o serviço reúna as condições necessárias.

Os enfermeiros estão divididos em cinco equipas, sendo a distribuição dos enfermeiros por turno é realizada pelo chefe de equipa semanalmente, de acordo com os vários setores que constituem o serviço. A admissão de um doente crítico implica uma série de procedimentos e cuidados complexos que requer o envolvimento de vários profissionais de saúde. A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade de cuidados, pelo que existem critérios de distribuição de enfermeiros pelos sectores existentes, que se adequam consoante as necessidades do SUP e o fluxo de doentes à urgência.

Assim, na área de atendimento, a distribuição é feita por balcões, 2 enfermeiros para balcão de azuis/verdes e 2 enfermeiros para balcão de laranjas e amarelos, um enfermeiro de apoio à sala de pequena cirurgia, um enfermeiro de apoio à ortopedia e 2 elementos na triagem (de acordo com a afluência de doentes, podem ser recrutados até um máximo de 4 elementos, de outros setores). Na área de observação, os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes salas, 1 para cada sala de observação (1,2,3,4 e 5), um enfermeiro para as duas salas de trauma e um enfermeiro para as duas salas de reanimação. Ao chefe de equipa não é atribuído setor, permanecendo de apoio sempre que existe necessidade de algum elemento se ausentar do serviço, habitualmente para transporte de utentes. Os elementos encarregados habitualmente pelo transporte de doentes críticos são os elementos dos balcões de pequena cirurgia e ortopedia. O método de trabalho é o de responsável por setor e não por doente, uma vez que na maioria dos casos os doentes circulam por vários setores.

A equipa de enfermagem realiza os registos de enfermagem em suporte informático, através do *HCIS*. Este sistema permite realizar todo o tipo de registos, desde o episódio de triagem, exame inicial, exame secundário, notas de evolução, notas de alta, registo de parâmetros vitais, balanço hídrico, terapêutica, registos de paragem cardiorrespiratória e ventilação não invasiva. Encontra-se também disponível toda a informação sobre os exames complementares de diagnóstico realizados pelo utente, assim como a informação sobre episódios anteriores no serviço de urgência. Sempre que o doente é transferido para outro serviço do centro

hospitalar ou outra instituição de saúde, o processo do doente é impresso e acompanha o mesmo.

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, definidos pela OE (2011, p.2)

“a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

A finalidade principal de realizar o estágio num serviço como o SUP, era fundamentalmente a oportunidade de prestar cuidados à população a vivenciar estes processos complexos de doença, especialmente a doentes com patologia ou trauma abdominal, numa fase inicial do diagnóstico.

Num serviço tão vasto e complexo, como um SUP, foi necessário definir qual seria o sector de prestação de cuidados mais apropriado para atingir o grupo de doentes sobre o qual pretendia desenvolver a minha prestação de cuidados enfermagem. Apesar da prestação de cuidados à PSC poder ser realizada em vários setores do SUP, como forma de rentabilização do período de estágio, em discussão com o orientador do local de estágio e o tutor, ficou definido que durante o período de estágio desenvolveria a minha prática de cuidados nas salas de emergência, uma vez que são a principal porta de entrada de doentes críticos no SUP. No entanto, embora o estágio estivesse direcionado para a prestação de cuidados à PSC com patologia e/ou trauma abdominal, as salas de emergência são locais complexos para prestação de cuidados uma vez que abrangem uma diversidade de situações graves, que requerem rapidez de atuação e cuidados especializados. Desta forma, durante o estágio nas SE, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em variadas situações, com doentes críticos quer do foro médico quer cirúrgico.

Apesar da diversidade de doentes aos quais são prestados cuidados nas salas de emergência, desde cedo comecei a perceber que o objetivo principal do estágio (prestar cuidados de enfermagem especializados a um grupo específico de doentes com patologia e/ou trauma abdominal) seria atingido, pois foram raros os turnos que realizei onde não tive essa oportunidade. No entanto, a diversidade de patologias bem como, a multiplicação de diagnósticos e situações em determinados doentes, fez com que sentisse necessidade de aprofundar vários temas, através da pesquisa e revisão bibliográfica. Os cuidados de enfermagem especializados são

aqueles em que contemplamos o doente como um todo e atendemos às suas várias necessidades, estabelecendo prioridades, seguindo protocolos terapêuticos, monitorizando e trabalhando em equipa, com o objetivo de conseguir um plano terapêutico, que seja o melhor para o nosso doente. O cuidar, mesmo num ambiente tão específico como uma sala de emergência, deve ser visto como um sistema de trocas, entre vários elementos do processo de cuidados, recorrendo ao conhecimento e à tecnologia. (Collière, 1999).

Assim sendo, com o decorrer do estágio, percebi que embora estivesse bem preparada no que referia aos conhecimentos e evidência científica, sobre os sinais e sintomas relacionados com a patologia e trauma abdominal, estes doentes muitas vezes apresentavam situações concomitantes ou patologias associadas que dificultavam alguns diagnósticos e requeriam cuidados de enfermagem especializados em várias áreas, como seja patologia cardíaca e respiratória. Tornando-se evidente a necessidade de atualizar os conhecimentos nestas áreas de atuação, nomeadamente consultando os protocolos terapêuticos.

De acordo com a pesquisa bibliográfica e evidência científica encontrada, em doentes com patologias associadas, o desenvolvimento de um conjunto de sinais e sintomas abdominais, desencadeiam uma resposta inflamatória do organismo, provocando um conjunto de alterações no padrão cardio-respiratório, que por sua vez conduzem a quadros graves de insuficiência cardíaca, com hipotensão marcada, taquicardia e taquipneia (Linke, 2011)

Durante o período de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados em duas situações distintas onde pude observar este tipo de situações, e de que forma a equipa multidisciplinar planeou as intervenções terapêuticas. Em ambos os casos eram doentes idosos com várias patologias associadas, como cardiopatia isquémica, arritmias, patologias neuro-degenerativas, diabetes, entre outras.

Destaco estes dois casos, uma vez que me permitiram realizar cuidados especializados integrada na equipa multidisciplinar do SUP. A primeira situação decorreu na terceira semana de estágio, quando uma senhora de 87 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, arritmias, *Parkinson* e um síndrome demencial, deu entrada na sala de emergência, após a realização de uma colonoscopia de urgência. Após a realização do exame a doente encontrava-se agitada, o abdómen estava volumoso, tenso e doloroso à palpação. A doente

apresentava uma instabilidade hemodinâmica grave, com uma hipotensão marcada, taquicardia, polipneia, palidez acentuada e sudorese. Este quadro era ainda acompanhado por uma agitação motora grave. Esta situação teve uma resolução rápida com o encaminhamento da doente para o bloco operatório, no entanto, foram instituídas medidas terapêuticas como a entubação nasogástrica, para alívio da pressão gástrica, reposição volêmica, antibioterapia e analgesia. A monitorização contínua e a rápida avaliação dos sinais e sintomas, permitiu que a situação fosse rapidamente identificada, melhorando o seu prognóstico.

A segunda situação que destaco, era de um senhor de 90 anos, que é trazido ao SUP por episódio de vômitos, tontura associada a queda, sem perda de conhecimento. O doente referia ainda dor abdominal intensa. Na avaliação dos parâmetros vitais na sala de triagem, apresentava hipotensão (90/60 mmHg), taquicardia (105 bpm), taquipneia (30 cpm) e hipotermia (35°C), o que levou a que fosse acionada a Via Verde Sépsis (VVSépsis), sendo o foco de infeção abdominal.

Realço esta situação como exemplo de algumas que tive oportunidade de participar na ativação da VVSépsis, iniciando e seguindo o protocolo terapêutico instituído, que se encontrava de acordo com as diretivas instituídas pela DGS, em 2010 (Anexo 1)

De acordo com Manual de Emergência Médica (INEM, 2012), a sépsis, é uma das complicações decorrentes da patologia e trauma abdominal e que podem desencadear falência multiorgânica, agravando o prognóstico e a recuperação dos doentes. Por sépsis, entende-se uma disfunção aguda secundária a uma infeção (Conceição, 2012 in *Manual de Emergência Médica, INEM*), caracteriza-se por uma temperatura corporal igual ou superior a 38°C ou inferior a 36°C, uma frequência cardíaca superior a 90 bpm, e uma frequência respiratória superior a 20 ciclos/minuto. A este conjunto de sintomas é chamado Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS), que pode evoluir para uma situação mais grave como o choque séptico, onde temos presente uma situação de sépsis grave com disfunção cardio-circulatória que não reverte após adequado preenchimento vascular. De acordo com a DGS, a mortalidade das formas mais graves de sépsis, como o choque séptico atinge atualmente os 51%. O prognóstico das formas mais graves do choque séptico encontra-se diretamente dependente das medidas instituídas nas primeiras horas, sendo fundamental o diagnóstico diferencial e a instituição das

medidas terapêuticas adequadas. Tal como nos Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), a rápida instituição das medidas terapêuticas é um fator determinante para o sucesso do tratamento e recuperação do doente. Assim desde de 2010, que a DGS determinou a criação e implementação da VVsépsis, no Sistema Nacional de Saúde, uma intervenção precoce e adequada, tanto em termos de antibioterapia, como de suporte hemodinâmico, como forma de melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com Sépsis grave e choque séptico. (DGS; 2010)

O protocolo terapêutico contempla várias fases de atuação, sendo que o objetivo inicial é a realização de hemoculturas, e administração de antibióticos e fluídos Endo-Venosos (EV). Nas fases seguintes do tratamento estão preconizados cuidados como a colocação de um Cateter Venoso Central (CVC), continuação de fluidoterapia para manutenção da volémia, e medidas suporte inotrópico, como forma de combater a má perfusão tecidular sistémica. Durante o período de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados e atuar dentro do protocolo da VVsépsis, quer no contexto das SE do SUP, como posteriormente na UCIP, uma vez que estes doentes, após uma estabilização inicial, são transferidos para unidades de cuidados intensivos, de forma a permitir uma monitorização e vigilância contínua do seu estado. Na maioria das situações que presenciei, a ativação da VVsépsis está dependente do enfermeiro que realiza a triagem, quer esta seja realizada na sala de triagem como nas SE. Para que tal aconteça, é necessário que toda a equipa de enfermagem esteja preparada e atenta para identificar os sinais e sintomas precoces de SIRS. Só através de um trabalho contínuo e em equipa, quer de enfermagem como médica, é possível diagnosticar precocemente e iniciar o tratamento atempadamente. Para a confirmação da suspeita é necessário realizar uma colheita de sangue arterial para avaliação entre outros dados, do nível de lactatos, uma vez que este sinal, em conjunto com os anteriores permite determinar o diagnóstico e iniciar antibioterapia.

Embora não tenha tido acesso ao número de casos de entrada nas salas de emergência, através da VVsépsis, nem à percentagem de entradas por foco abdominal de infeção, este foi um tema que rapidamente senti necessidade de investigar, uma vez que a infeção é a principal complicação associada à patologia e



ao trauma abdominal, que pode manifestar-se através de um conjunto de sinais e sintomas, que em equipas pouco despertas pode passar despercebido.

A mobilização do saber e o conhecimento que advém da prática convergem para a obtenção de resultados, que num enquadramento teórico justificado na pesquisa bibliográfica, credibilizam os resultados obtidos. Este princípio da prática baseada na evidência, valida uma enfermagem em prol da desmistificação e socialização da sua prática, originando mais-valias profissionais e consequentemente níveis de qualidade da prática que fazem dos cuidados de enfermagem fenómeno importante na organização e gestão das unidades de saúde.

Apesar de ter acompanhado a fase final de implementação da VVSépsis no SUP, foi possível perceber que existia por parte da equipa de enfermagem, uma motivação e interesse para o tema, existindo disponível no serviço documentação atualizada sobre o tema, havendo por parte dos enfermeiros espaço para esclarecimento de dúvidas, junto dos elementos de referência para o tema, quer médicos quer enfermeiros.

Estas situações, permitiram-me desenvolver atividades na área da prestação de cuidados, como a recolha de dados junto do doente e família, identificação de diagnósticos de enfermagem, planeamento cuidados de enfermagem, implementando precocemente medidas de controlo e minimização de danos, de acordo com protocolo terapêutico para o diagnóstico de sépsis e, monitorização de parâmetros vitais, para despiste precoce de complicações. Estas atividades permitiram aumentar a minha experiência no cuidado ao doente crítico, aliando a evidência do conhecimento científico. Segundo Benner (2001; p. 61)

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

Quando falamos em aprendizagem em contexto de trabalho é importante considerar que o ambiente laboral fornece oportunidades de aprendizagem muito diferentes das que normalmente estão disponíveis no contexto da formação académica, não só na forma de transmitir o conhecimento como também no conteúdo que é transmitido (Eraut, 2008).

Outras situações que destaco, porque tiveram grande importância para o meu desenvolvimento enquanto futura EE em PSC, foram as situações de paragem

cardiorrespiratória, em que foi necessário iniciar manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV). Em algumas situações não estavam diretamente relacionados a doentes com patologia e/ou trauma abdominal, no entanto não posso deixar de destacar a sua importância, uma vez que se tratam de situações exigentes, quer do ponto de vista físico como emocional, para todos os profissionais de saúde envolvidos, onde o trabalho em equipa tem um papel fundamental no resultado final, ou seja na recuperação do doente.

Para que os elementos de uma equipa multidisciplinar desenvolvam capacidades para trabalhar em equipa, é necessário que cada elemento entenda e domine as suas responsabilidades, compreendendo o seu papel dentro do seio da equipa (Kuliukas, 2009). Durante a minha prática de cuidados, o trabalho em equipa é uma constante. Num BO, somos treinados para trabalhar em multidisciplinariedade, com cirurgiões, anestesistas, técnicos de instrumental cirúrgico, técnicos de imagiologia, assistentes operacionais e claro, colegas enfermeiros. As funções de cada elemento da equipa encontram-se bem definidas, e objetivo final é comum a todos, o bem-estar do doente. No entanto, devido ao ambiente stressante e tecnicamente exigente que vivemos no BO, estamos treinados para situações limite, em que é necessário agir, com destreza, clareza e rapidez. Ainda segundo Kuliukas (2009), os três principais conceitos que envolvem um trabalho de equipa eficaz são a comunicação, a definição de papéis dentro da equipa e, a capacidade de integrar a complexidade da situação. Estas são características essenciais, numa situação de cuidados emergentes necessária à equipa de reanimação. Durante a minha prática de cuidados, na maioria das situações de cuidados de SAV, as equipas estão treinadas a trabalhar em conjunto, sendo que este é um fator determinante para o sucesso da reanimação, de acordo com Kuliukas (2009). Durante o estágio no SUP, presenciei e prestei cuidados em várias situações de RCR, e uma dificuldade sentida foi falta de conhecimento das equipas e das suas dinâmicas nas situações de PCR ou EOT difícil, devido ao período de integração curto e aos vários elementos que compõem a equipa multidisciplinar do SUP. Esta foi uma condicionante que deve ser vista como um constrangimento, que me obrigou a desenvolver competências de comunicação dentro da equipa multidisciplinar.

De todas as situações de PCR que presenciei no SUP, destaco a de uma doente de 76 anos, que teve um episódio de lipotimia, enquanto visitava o marido, internado na instituição, para a qual foi ativada a equipa emergência intra-hospitalar, tendo sido trazida para uma das SE do SUP, aonde desencadeia uma PCR presenciada pela equipa multidisciplinar que inicia de imediato manobras de SAV. Os antecedentes conhecidos da doente eram apenas a diabetes e hipertensão, tendo referido algum cansaço fácil nos últimos dias, que não valorizou, associando ao *stress* que o internamento do marido tinha originado. As manobras de SAV duraram cerca de 90 minutos, durante os quais a doente teve vários períodos em que recuperou. Foram várias as hipóteses diagnósticas colocadas, pesando as várias soluções terapêuticas possíveis, tendo sido utilizados vários meios de diagnóstico, como gasimetrias arteriais, radiografias de torax, ecografia com *FAST*, electrocardiografia com 12 derivações contínua. O diagnóstico final acabou por ser tromboembolismo pulmonar, iniciando-se um esquema terapêutico para anticoagulação com *alteplase®*, tendo sido revertida a PCR. Nestas situações tive oportunidade de desenvolver as competências adquiridas no curso de suporte avançado, realizado durante a frequência deste mestrado, mas também desenvolvi competências na comunicação dentro da equipa multidisciplinar, no estabelecimento de prioridades no que refere aos cuidados de emergência e RCR à PSC, na adequação de protocolos terapêuticos complexos.

Algumas destas situações também permitiram um contato direto com os familiares, durante a vivência de momentos de grande *stress* e ansiedade. O EE em PSC deve também desenvolver a sua capacidade de estabelecer uma relação de empatia e ajuda com a PSC e a sua família.

“Conhecer melhor a pessoa tratada, re-conhece-la naquilo que representa, não a considerando como um objeto incondicional dos cuidados, mas como um sujeito: é ter uma ação terapêutica” (Collière, 1999; p.149)

Num contexto do SUP, estabelecer e desenvolver uma relação terapêutica, com o doente e sua família, implica o desenvolvimento de competências relacionais por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a afluência de doentes é considerável e estão constantemente a vivenciar situações complexas, no limiar entre a vida e a morte, o que faz com que muitos de nós criem barreiras a esta relação. No entanto, enquanto EE em PSC, temos que estar preparados para estas

vivências e providenciar o suporte emocional necessário e possível aos doentes e famílias a vivenciar estas situações complexas de doença. Senti por isso necessidade de desenvolver estratégias que me permitissem compreender e aceitar estas vivências sem que isso prejudicasse o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e sua família. Como tal, a reflexão e partilha de vivências com o orientador de estágio, tutor e colegas de equipa, permitiu uma adaptação progressiva e o aumento da minha capacidade para uma comunicação eficaz, através do acompanhamento, escuta ativa e esclarecimento de dúvidas, junto do doente e família. Também foram importantes alguns dos momentos que vivenciei em contexto de seminário com os restantes colegas de mestrado, onde houve uma troca de experiências, que permitiu refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC, sobre alguns princípios que norteiam a nossa profissão como os direitos do doente, o código deontológico da profissão e os padrões de qualidade para o EE em PSC.

Quando iniciei o estágio no SUP, o meu orientador colocou-me um desafio, como forma de desenvolver algumas das competências necessárias ao EE em PSC, nomeadamente a realização de uma ação de formação para a equipa de enfermagem, face às necessidades de aprendizagem dos mesmos (o tema teria que ser do interesse da equipa e útil às necessidades do serviço).

A formação em serviço é uma atividade importante na dinâmica das equipas de enfermagem, que permite a atualização de conhecimentos, adequação e uniformização de cuidados. No entanto, a escolha do tema deve partir de uma lacuna identificada no serviço ou através de um levantamento das necessidades de formação junto da equipa de enfermagem. Quando me foi lançado o desafio para realizar uma formação no SUP, fiquei um pouco apreensiva uma vez que tinha alguns constrangimentos com o tempo e a escolha do tema para a formação.

A formação em serviço ou a pares é uma competência que tenho desenvolvido durante a prática profissional. Como formadora credenciada pelo Instituto Português de Formação, tenho desenvolvido várias formações na instituição onde desempenho funções, especialmente na área da enfermagem perioperatória, sendo por isso uma competência na qual já me considerava uma enfermeira com competências ao nível do competente/proficiente, como define Benner (2001).

Este estágio de desenvolvimento deve-se sobretudo à minha experiência como formadora na equipa de enfermagem no serviço e instituição, onde desenvolvo a minha prática de cuidados diária, refletindo o trabalho e o conhecimento numa área de cuidados específica, como a enfermagem perioperatória. No entanto, transpor este nível de desenvolvimento para uma equipa que acabara de integrar, sobre conhecimentos ou práticas para as quais eu ainda estava a desenvolver competências pessoais e profissionais, pareceu-me um desafio difícil de concretizar, porque a formação em serviço deve sobretudo recair sobre uma lacuna identificada (Eraut, 2008)

Com esta premissa em mente, iniciei um processo de pesquisa mental, através dos protocolos existentes no serviço, da observação e de entrevistas informais com os vários membros da equipa, sobre o tema que fosse útil, interessante e oportuno para apresentar em formação à equipa de enfermagem do SUP. O tema surgiu de forma natural, através da minha experiência profissional e de algumas necessidades e lacunas que pude identificar no SUP, nomeadamente nas SE, ao nível do armazenamento, manutenção e utilização de dispositivos médicos esterilizados.

Assim com a supervisão do meu orientador e de um dos elementos responsável pela gestão da qualidade no SUP, elaborei uma instrução de trabalho para o SUP, sobre o armazenamento, manutenção e utilização de dispositivos médicos de utilização múltipla (DMUM) (Apêndice 3). O objetivo deste procedimento era definir as condições de armazenamento, manutenção e utilização dos dispositivos médicos no SUP, como forma de prevenção e controlo de infeções associadas à sua utilização.

Durante o desenrolar do estágio pude constatar que não existia por parte da equipa de enfermagem uma consciência sobre a importância do controlo e rastreabilidade dos processos de esterilização dos dispositivos médicos. Por isso, para além de elaborar o procedimento, foi também necessário elaborar ferramentas de registo para o controlo dos DMUM e rastreabilidade dos mesmos. No entanto, também foi necessário alterar algumas das dinâmicas existentes no serviço, para que a qualidade da esterilização dos dispositivos médicos ficasse assegurada, criando melhores condições de armazenamento e diminuindo a manipulação dos mesmos.

Após a realização das atividades descritas, foi necessário apresentar à equipa, o procedimento, justificando a sua pertinência, no contexto do SUP e das SE. As ações de formação (Apêndice 4 – plano da sessão de formação) foram planeadas e realizadas inicialmente para a equipa onde estava integrada durante a realização do estágio e, posteriormente planeadas para as restantes equipas que compõem o serviço.

Esta é umas das atividades que destaco do estágio que realizei no SUP, uma vez que me permitiu desenvolver várias competências como EE em PSC, porque me permitiu realizar o diagnóstico e planeamento de intervenções de enfermagem na prevenção da infeção hospitalar, avaliar as medidas de controlo da infeção hospitalar de acordo com as diretrizes da comissão de controlo da infeção hospitalar; e acima de tudo realizar um procedimento setorial sobre o armazenamento, manutenção e utilização de DMUM, que irá melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes do SUP. Pois, de acordo com a OE (2010; p.4), o enfermeiro especialista em PSC deve ter a competência para

“desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo, com as normas de prevenção e controlo de infeção...face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Com este conjunto de atividades tive oportunidade de desenvolver esta competência, ao nível do que Benner (2001; p. 58) considera uma enfermeira perita, “...age a partir de uma compreensão profunda da situação global”.

Assim e apesar de alguns constrangimentos relacionados com a integração na vasta equipa multidisciplinar e complexidade do SUP, considero que o conjunto de atividades desenvolvidas (anteriormente descritas) me permitiram desenvolver capacidades e competências na prestação de cuidados à PSC com patologia e trauma abdominal. Contribuíram de forma decisiva para o meu crescimento enquanto futura EE em PSC, uma vez que me permitiam identificar lacunas no meu conhecimento e na minha experiência profissional que foram sendo colmatadas durante a realização do ensino clínico. A multiplicidade de situações de prestação de cuidados a doentes com a problemática em estudo permitiram alcançar os objetivos propostos para este estágio, fazendo com que este ensino clínico fosse determinante para o sucesso da minha formação.

## **2.2 CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA E/OU TRAUMA ABDOMINAL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)**

Atualmente, a UCIP é composta pelos três níveis de assistência de cuidados definidos pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, funcionando em duas localizações distintas, no Hospital A, onde estão integrados no mesmo espaço físico, assistência de nível III e nível I, e no Hospital B, onde está integrada a assistência de nível II. O estágio realizou-se na UCIP localizada no Hospital A, correspondendo ao nível III e I.

A unidade está dividida em cinco salas tendo capacidade total para 24 doentes. Atualmente encontram-se desativadas 2 salas (em funcionamento na unidade nível II, no Hospital B). Desta forma, UCIP dispõe de oito vagas de nível III (sala 1 e sala 2) e quatro camas de nível I (sala 3).

Cada sala tem capacidade para quatro doentes, sendo as unidades preparadas após a receção do pedido de entrada na unidade. Cada sala, dispõem de uma bancada de trabalho e armários com material de apoio para a preparação de terapêutica e cuidados de higiene e conforto aos doentes. Existe disponível em cada sala, um carro de emergência com material para abordagem da via aérea, tábua para massagem cardíaca, desfibrilhador e terapêutica de emergência.

O serviço dispõe ainda de alguns meios rápidos de diagnóstico como o *FAST*, aparelho de análises de gasimetria e troponinas e aparelho de radiografia portátil.

Para além dos recursos materiais e de equipamento disponível, a UCIP é constituída por uma equipa multidisciplinar própria que permanece no serviço 24h por dia. O serviço e a prestação de cuidados estão organizados dispondo de vários protocolos de atuação, que permitem a uniformização dos cuidados prestados, prevenção e controlo de infeção e avaliação da qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem.

A UCIP I recebe doentes do foro médico-cirúrgico, entre eles politraumatizados, entradas decorrentes dos protocolos de Via Verde instituídos (Via Verde AVC e VVSépsis) e pós-operatórios cirúrgicos, por necessidade inerente ao procedimento cirúrgico ou por instabilidade hemodinâmica e antecedentes pessoais do doente. Existe por isso uma articulação importante entre a UCIP e alguns serviços da instituição como o SUP e o Bloco Operatório Central.

Também fazem parte das funções da UCIP, o apoio como equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar, que serve de apoio aos restantes serviços do hospital, funcionando com sistema de BIP interno.

Esta unidade encontra-se de acordo com as normas e recomendações para as unidades de cuidados intensivos, da Direção Geral de Saúde quer a nível de equipamento como de pessoal qualificado (DGS, 2003) dispondo de quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; implementação de medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Cada equipa de enfermagem é constituída por 8 a 10 enfermeiros, sendo constituída por um elemento designado chefe de equipa (sempre que possível especialista) que coordena a equipa e substitui a enfermeira chefe e/ou as enfermeiras coordenadoras na sua ausência. As equipas são constituídas de forma heterogénea, existindo enfermeiros com vários graus de competência e experiência profissional. Encontra-se também bem definida a hierarquia dentro da equipa e quem deve assumir a sua coordenação na ausência do chefe de equipa. A distribuição dos enfermeiros por turno é realizada pelo chefe de equipa semanalmente, de acordo com as várias salas que constituem o serviço, sendo o método de trabalho, o de enfermeiro responsável. A admissão de um doente crítico implica uma série de procedimentos e cuidados complexos que requer o envolvimento de vários profissionais de saúde. A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade de cuidados, pelo que as equipas funcionam de forma homogénea de acordo com as diretivas da DGS para as unidades de cuidados intensivos.

Para além da equipa de enfermagem, encontra-se também sempre uma equipa de médicos de medicina interna, que durante as 24h dão apoio à UCIP e Unidade de Queimados. Estão também disponíveis diariamente especialistas noutras áreas como ortopedia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, neurocirurgia, que são chamados para observar os doentes de acordo com as necessidades dos mesmos.



A equipa de enfermagem realiza os registos de enfermagem em suporte papel que se encontra sempre disponível junto à unidade do doente. Na folha de registo, são assinalados os sinais vitais, balanço hídrico, modos ventilatórios, escala de *Glasgow* e registos de enfermagem. Quando um doente é admitido, a equipa de enfermagem que o recebe, elabora um resumo da história clínica, com os dados mais relevantes e o motivo que levou ao internamento na unidade. Este documento fica junto à unidade do doente, onde vão sendo registados alterações e diagnósticos relevantes para a evolução e prognóstico do doente, permitindo que os enfermeiros possam manter-se atualizados e passar a informação a toda a equipa. Ainda junto à unidade do doente encontram-se também a folha de terapêutica diária, documento de registo de rastreabilidade de DMUM, *check-list* de segurança do doente, *check-list* de controlo de infeção. Quando um doente é transferido é elaborada uma nota de alta de enfermagem e médica que acompanha o doente. O restante processo clínico é arquivado no secretariado da unidade.

O estágio na UCIP teve como finalidade a prestação de cuidados à PSC com patologia ou trauma abdominal, preferencialmente em período pós-operatório. Apesar de ser uma unidade polivalente, com doentes internados quer do foro médico como cirúrgico, a concretização deste objetivo esteve sempre assegurada, uma vez que tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a este grupo de doentes durante o estágio.

Considero que a integração neste serviço esteve foi facilitada, uma vez que se tratava de um serviço com características diferentes do SUP, quer no que se refere ao número de doentes internados e como também por integrar uma equipa de enfermagem com menos elementos. Por outro lado, a sequência do estágio, primeiro SUP e depois UCIP, facilitou a compreensão do percurso dos doentes e consequentemente a integração neste último serviço.

Mais uma vez, a pesquisa bibliográfica em bases de dados foi uma das atividades presente durante este percurso, porque embora existissem vários protocolos terapêuticos e normas de atuação que facilitaram a integração e a prestação de cuidados, senti necessidade de procurar evidência científica em acerca de algumas áreas temáticas, especificamente a avaliação da pressão intra-abdominal.

Uma das atividades planeadas para este estágio, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem e monitorização de sinais e sintomas de complicações em doentes com patologia e trauma abdominal foi a avaliação da pressão intra-abdominal (PIA). De acordo com vários autores, a PIA é a pressão exercida dentro da cavidade abdominal. A sua avaliação é realizada por método indireto e resulta da combinação da pressão do conteúdo abdominal e da *compliance* da parede abdominal. A hipertensão intra-abdominal é definida por valores acima de 12 mmHg na cavidade abdominal, quando sustentada ou repetida. Classifica-se como grau I: 12-15mmHg; grau II: 16-20mmHg; grau III: 21-25mmHg e grau IV > 25mmHg. De acordo com a *World Society of Abdominal Compartment Syndrome* (2013), doentes críticos submetidos a cirurgia abdominal, trauma abdominal e grandes queimados apresentam um risco elevado para o aumento da PIA e consequentemente desenvolverem um síndrome compartimental abdominal. Segundo Lee (2012) existem ainda outros fatores considerados de risco para o aumento da PIA, nomeadamente, a sépsis grave ou choque séptico, ascites, infeções abdominais graves, quadros de *íleus paralítico*, quadros de sub-oclusão e oclusão intestinal, volvos intestinais e pancreatites agudas. De acordo com um estudo realizado em 2004 por Malbrain, et al (citado por Sugrue, 2009) a prevalência de alterações na PIA em doentes críticos internados em unidades de cuidados intensivos foi de 54,4% em doentes com patologias médicas e de 65% em doentes críticos do foro cirúrgico, sendo que os doentes com patologias médicas tiveram maior prevalência de síndrome compartimental abdominal que os doentes cirúrgicos. Uma PIA elevada mantida pode ter consequências a nível sistémico uma vez que afeta vários órgãos e sistemas na cavidade abdominal com consequências graves, como má perfusão tecidual, acidose metabólica, insuficiência renal, respiratória e cardíaca. (Lee, 2012)

Na UCIP foi estabelecido um procedimento setorial (Anexo 2) para a avaliação da PIA, com especificações sobre a técnica e monitorização da PIA. Neste protocolo também estão definidas as situações para as quais se deve realizar a monitorização da PIA, no entanto durante a realização do estágio não tive oportunidade de realizar esta atividade. Apesar da avaliação da PIA, segundo a literatura consultada, ser uma técnica útil para a monitorização deste grupo de doentes, devendo por isso realizar-se a sua avaliação em cada turno (a PIA deve manter-se em valores normais, ou seja,  $\leq 12$  mmHg), no contexto deste ensino

clínico não houve oportunidade de realizar esta técnica, uma vez que está dependente de indicação da equipa médica, como atividade interdependente de enfermagem. Embora a evidência científica demonstre a importância da sua avaliação, este parâmetro ainda não é identificado como indispensável na avaliação e monitorização de doentes críticos abdominais. No entanto, durante o estágio tive oportunidade de questionar quer a equipa médica quer a equipa de enfermagem sobre este tema, mencionando dados de estudos recentes. Desta forma, apesar de não ter tido a oportunidade de avaliar a PIA, consegui que o tema fosse debatido entre a equipa e pude referir algumas das situações em que poderia ser determinante para o prognóstico do doente a avaliação da PIA.

Através da prestação direta de cuidados à PSC com patologia abdominal ou trauma, submetida a cirurgia abdominal major, tive também oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos em relação ao pós-operatório destes doentes e a alguns fatores relevantes para a sua recuperação, descritos na literatura como *Enhanced Recovery*. Não existe na UCIP nenhum protocolo terapêutico sobre os cuidados de enfermagem específicos para o período pós-operatório destes doentes, no entanto, a bibliografia consultada refere um conjunto de cuidados, que iniciados precocemente, melhoram a recuperação do doente e diminuem o tempo de internamento dos mesmos nas unidades de cuidados intensivos.

Assim e apesar de não existir um protocolo definido, tive oportunidade de desenvolver atividades que promovessem a recuperação da PSC após a realização de cirurgia abdominal major. De entre as atividades realizadas destaco, oxigenioterapia adequada, o levante até às primeiras 24h pós cirurgia, início precoce da alimentação entérica (nas primeiras 24h pós cirurgia); terapêutica para a profilaxia de náuseas e vômitos, analgesia multifocal e fluidoterapia adequada.

Foram vários os doentes aos quais tive a oportunidade de prestar estes cuidados, no entanto, destaco um doente de 77 anos, com antecedentes de uma gastrectomia sub-total por carcinoma em 2002, que recorreu ao SUP por dor abdominal aguda, acompanhada por náuseas, vômitos e obstipação com uma evolução de três dias, tendo sido submetido a laparotomia por peritonite biliar com perfuração proximal de ansa aferente da anastomose gastrojejunal. Acompanhei este doente desde a sua entrada na UCIP, tendo sido responsável pelos cuidados prestados a este doente durante vários turnos, até finalizar o estágio. A realização

de um estudo de caso, permitiu-me sistematizar a informação recolhida e avaliar em cada turno as atividades planeadas e desenvolvidas, bem como o resultado dos cuidados prestados.

Os cuidados centrados na PSC e família tiveram também bastante enfoque no cuidado deste doente. A continuidade da prestação de cuidados permitiu-me desenvolver uma relação terapêutica com este doente e a sua família, melhorando a sua participação nos cuidados prestados. Devido a um período prolongado em ventilação assistida permitiu que desenvolvesse formas alternativas de comunicação com este doente, estimulando a sua participação nos cuidados prestados, uma vez que se encontrava consciente e orientado. Ao acompanhar o desenrolar de algumas medidas terapêuticas invasivas, como a EOT, a recolocação do cateter arterial e CVC, assim como os cuidados relacionados com a sutura operatória e drenos abdominais, tive oportunidade de desenvolver competências de comunicação, uma vez que pude tornar perceptível a compreensão das medidas terapêuticas adotadas e a compreensão do seu estado de saúde, para o próprio e para a sua família.

Outra atividade que destaco durante este estágio foi a monitorização da dor e a aplicação de protocolos de analgesia multifocal, aliando medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor. Na UCIP existe um procedimento setorial (Anexo 3) para a avaliação da dor utilizando duas escalas, consoante o doente tem capacidade ou não para avaliar a sua dor. Assim, o protocolo destaca a autoavaliação da dor, com recurso à uma escala numérica, para a Pessoa que experiencia a dor. A avaliação da dor pode ainda ser efetuada através da observação de indicadores comportamentais e fisiológicos, feita pelo prestador de cuidados, com recurso a escalas de heteroavaliação, estas escalas são constituídas por categorias de comportamentos. A avaliação das componentes comportamentais da dor permite a compreensão do vivenciado pela Pessoa. Estas escalas estão preconizadas quando a situação clínica da pessoa não lhe permite comunicar a sua dor. No protocolo privilegia-se a *Behavioral Pain Scale* – escala comportamental (Anexo 3). A avaliação da dor é considerada o 5º sinal vital, havendo uma monitorização sistemática e contínua da mesma. Esta abordagem permitiu-me consolidar os conhecimentos anteriormente adquiridos e aplicar uma escala comportamental, adequada para a avaliação da dor no pós-operatório imediato, enquanto o doente ainda não detém todas as capacidades cognitivas e sensoriais

para uma avaliação adequada da dor que sente no momento. Esta foi uma experiência importante com grande relevo na prática profissional de cuidados, uma vez que tive oportunidade de introduzir esta escala, para a avaliação da dor aos doentes nos primeiros minutos na unidade de cuidados pós-anestésicos do BO onde desempenho funções. Por outro lado, também permitiu que alertasse a equipa de enfermagem para a importância da heteroavaliação da dor, uma vez que apesar de todos termos presentes as manifestações indiretas de dor como o fácies de dor, as alterações do padrão respiratório e cardíaco e a contratura muscular, foi fundamental a sistematização de conhecimentos e a demonstração da sua aplicabilidade no contexto real do perioperatório.

Outra atividade que pude acompanhar foi a gestão da equipa de enfermagem, uma vez que a enfermeira responsável pelo estágio, para além das funções de orientadora do estágio, também desempenhava funções como chefe de equipa, tendo um papel determinante na gestão dos cuidados e da equipa de enfermagem, especialmente durante o turno da tarde e da noite. De acordo com o regulamento das competências comuns do EE (OE, 2010), este deve assumir a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar. Enquanto observava as funções realizadas pela minha orientadora como chefe de equipa, tive oportunidade de observar atividades relevantes na coordenação do serviço, quer na articulação com outros serviços, como BO, SUP, e outros serviços de internamento, serviços de apoio, como farmácia, serviços de alimentação e limpeza. Por outro lado, também é ao chefe de equipa que recai a responsabilidade da distribuição dos elementos da equipa pelas salas e respetivos doentes internados, de acordo com as necessidades dos doentes e experiência individual e cada elemento da equipa. A gestão da equipa de enfermagem e a resolução imediata de problemas como falhas de terapêutica, saídas do serviço para realização de exames ou idas ao BO, rendições de elementos para refeições, entre outras, foram algumas das atividades que tive oportunidade de observar. A gestão de uma equipa reduzida de enfermeiros e de gestão *de stocks*, implicam experiência, conhecimento das rotinas da instituição e do próprio serviço e um grande conhecimento acerca das competências dos enfermeiros que compõem a equipa.

Por outro lado, o enfermeiro que desempenha funções como chefe de equipa também disponibiliza apoio aos elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar na prestação de cuidados diferenciados e no processo de decisão da melhor opção terapêutica para cada doente. Como tal, deve ser detentor de conhecimento sobre todos os intervenientes no processo terapêutico de cada doente, de forma a gerir a prestação de cuidados e referenciar para outros prestadores de cuidados, sempre que necessário.

Esta oportunidade de observar a realização deste tipo de funções, permitiu-me refletir sobre a importância do desempenho das funções de chefe de equipa na organização dos serviços de saúde, sobretudo na gestão direta dos cuidados de enfermagem prestados e na qualidade dos mesmos. É esperado um conhecimento aprofundado das situações e uma capacidade de decisão em situações relevantes para a prática dos cuidados de enfermagem. Desta forma, posso afirmar que enfermeiro chefe de equipa deve ser comparável ao que Benner (2001; p.58) define como enfermeiro perito

“compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Assim, durante as semanas deste ensino clínico tive oportunidade de prestar cuidados em várias situações à PSC com patologia e/ou trauma abdominal, onde aprofundei os meus conhecimentos e destreza no tratamento e monitorização de algumas das complicações mais frequentes que estes doentes desenvolvem durante o pós-operatório. Pude ainda constatar a importância do internamento nas unidades de cuidados intensivos, como refere a literatura consultada, para o internamento deste grupo de doentes, uma vez que o seu estado implica uma monitorização contínua, podendo sofrer alterações em poucas horas/minutos, sendo determinantes os cuidados de enfermagem especializados, para que rapidamente se possam identificar estas alterações. Desta forma, considero ter realizado as atividades planeadas, contribuindo para que os objetivos deste projeto de aquisição de competências fossem atingidos, nomeadamente no âmbito da comunicação, na liderança de equipas, na aquisição de conhecimentos no cuidar da PSC com patologia e trauma abdominal.

### **3. OUTRAS ATIVIDADES RELEVANTES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Apesar de me propor a realizar um projeto de desenvolvimento de competências, numa determinada área de intervenção dos cuidados de enfermagem, planeei e realizei atividades de forma a desenvolver essas competências e atingir os objetivos a que me propus, o crescimento pessoal e profissional muitas vezes aconteceu também através de ações que não foram planeadas realizar e da participação em projetos que não sabia viria integrar.

Assim, durante a realização do ensino clínico, tive a oportunidade de desenvolver algumas atividades que apesar de não terem sido planeadas considero importantes para o crescimento e desenvolvimento de competências, e como tal considero que foram aspetos positivos e que por isso devem ser contemplados neste relatório.

Quando iniciei o estágio no SUP, em Outubro de 2012, foi-me proposto pela Academia de Desenvolvimento em Enfermagem (ADE), da instituição onde desempenho funções, integrar como formadora um Curso Avançado de Enfermagem Perioperatório, como elemento responsável por um dos módulos/unidade de Cirurgia Geral. A formação estava programada para decorrer em cinco sessões de oito horas, sendo que avaliação seria realizada através de uma prova escrita, no final de todas as sessões. Este desafio foi-me proposto uma vez que sou responsável por esta área no BO onde desempenho funções como enfermeira e também porque já tinha anteriormente realizado outras formações, sobre enfermagem perioperatória, no contexto da formação em serviço.

Este desafio foi algo que me entusiasmou, no entanto estava a iniciar uma fase fundamental deste curso de mestrado e por isso foi com algumas reservas que aceitei a resposta, uma vez que tinha algum receio de não corresponder às expectativas da ADE, por incompatibilidade temporal. Por outro lado, esta é uma das minhas áreas de interesse profissional, aquela onde tenho dedicado tempo e formação, quer na pesquisa bibliográfica quer nas componentes técnicas que compõem as funções de enfermeiro de um BO de cirurgia geral, e por isso senti que era portadora do conhecimento teórico e prático necessário para organizar e

executar este projeto. Para além disso, como formadora também seria aliciante uma vez que nunca tinha realizado uma formação tão longa e exigente, onde era necessário planear cada sessão, com componentes teóricos e práticos, demonstrações, revisões bibliográficas, estágio e por fim um momento de avaliação escrita.

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências enquanto formadora, mas também permitiu-me consolidar alguns dos conhecimentos adquiridos enquanto estudante deste mestrado. A troca de experiências entre elementos com as mesmas funções, mas com contextos de trabalho diferentes foi muito enriquecedora, uma vez que somos confrontados com realidades diferentes, onde é necessário adaptar o conhecimento de que dispomos às condições técnicas e físicas que cada BO dispõe. Esta experiência também permitiu que algumas das situações vivenciadas durante o estágio fossem partilhadas com grupo, a título de exemplo, que permitiu refletir sobre algumas das ações realizadas no intra-operatório e como estas podem influenciar o pós-operatório dos doentes.

No final da formação que terminou em Janeiro de 2013, o balanço final foi bastante positivo uma vez que me possibilitou um desenvolvimento de competências nas quais eu já me considerava um elemento competente, de acordo com Benner (2001; p.54) considero que detenho

“(...)tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal da prática de enfermagem.”

Transitando para um nível avançado em que (Benner, 2001; p.55) “...fundada sobre a experiência, de reconhecer situações no seu todo...melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora uma perspetiva que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes”.

Durante o estágio no SUP, tive a oportunidade de colaborar com uma colega, aluna de mestrado em enfermagem na área de especialização médico-cirúrgica, na realização de um projeto de intervenção sobre a aplicação de medidas de contenção no SUP. O objetivo deste projeto foi fundamentalmente alterar a forma como os enfermeiros aplicam e registam as medidas de contenção, no SUP. Pretendia-se sistematizar os cuidados a este nível, de forma a que toda a equipa de enfermagem estivesse desperta para o problema, utilizasse a mesma metodologia e a mesma



forma de registar as ações praticadas e que se aplicassem as medidas de contenção de forma progressiva e adequada.

Para desenvolver este projeto foram realizadas várias sessões de esclarecimento à equipa de enfermagem, em que se contabilizavam os casos relatados, as medidas praticadas e a forma de registar, num período de tempo limitado. Assim, durante este período, em que também me encontrava a estagiar no SUP, tive oportunidade de assistir a várias sessões de esclarecimento e apresentação de dados, bem como de desenvolver e aplicar algumas destas medidas. Este aspeto foi positivo, uma vez que pela primeira vez participei ativamente num projeto de intervenção em enfermagem, onde havia sido identificado um problema de enfermagem real e se tomaram medidas concretas para alterar a prestação de cuidados.

Por último, gostaria de referir uma atividade que tenho vindo a realizar anualmente desde 2011 e que me tem permitido desenvolver competências profissionais, mas sobretudo um crescimento pessoal importante ao nível do relacionamento com o doente. Durante uma semana, em Fevereiro de 2012, estive em São Tomé e Príncipe, numa missão humanitária, com uma equipa de ORL, da instituição onde desempenho funções, integrada no projeto “Saúde para Todos”, desenvolvido pelo Instituto Vale Flor e o Ministério da Saúde São Tomense.

O objetivo principal deste projeto é deslocar equipas cirúrgicas de várias especialidades, criando as condições necessárias a avaliação de doentes e para a realização cirurgias, no hospital da capital, São Tomé.

A equipa que integro é composta por dois médicos especialistas em ORL, um audiologista, um terapeuta da fala e dois enfermeiros de BO, do qual faço parte. A missão inicia-se ainda em Portugal, com o planeamento, onde temos que considerar o material necessário, dispositivos médicos, instrumentos cirúrgicos e material anestésico, necessário para o desenvolvimento da missão. Uma vez em S. Tomé, a equipa de enfermagem é responsável por gerir os planos operatórios, pois as condições físicas de que dispomos apresentam-nos vários constrangimentos ao nível do processo de esterilização, manutenção das condições de assepsia e restrições de material.

Esta experiência tem sido muito enriquecedora embora seja um exercício constante de adaptação, uma vez que as condições em que desenvolvemos a nossa

prática de enfermagem são muito diferentes da realidade portuguesa. O desenvolvimento tecnológico de que dispomos nos nossos contexto de trabalho, não nos prepara para atuar em ambientes tão diferentes e desprotegidos, como os que encontramos nestas situações. É necessário ultrapassar o sentimento inicial de desadaptação com que nos deparamos e repensar a nossa prática diária de cuidados, adaptando às condições de que dispomos, a linguagem que utilizamos, em suma, os cuidados que prestamos.

Apesar de não estar programada no âmbito deste mestrado e deste projeto de aquisição de competências, esta experiência, assim como as anteriores, foram muito enriquecedoras, quer do ponto de vista pessoal como profissional. Como EE é-me pedido que desenvolva e demonstre competências em vários domínios como a responsabilidade profissional e ética, e na gestão e qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2010). Estas atividades permitiram-me desenvolver estes domínios, uma vez que apesar de alteradas as condições que determinam a prática dos cuidados de enfermagem, os princípios que os regem persistem, ou seja, prestar cuidados de enfermagem à Pessoa

"(...)com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção." (OE, 2010; p.1)

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório pretende descrever e refletir um percurso de desenvolvimento de competências durante a realização deste mestrado, que me permitissem no final, reconhecerem as habilidades e os comportamentos de uma EE em PSC. No entanto, após quase dois anos de estudo e de trabalho considero ser pertinente refletir concomitantemente se este percurso de aquisição de competências numa área tão específica como a PSC, me permitiu alterar/alcançar a prática de cuidados de enfermagem, tornando-me uma enfermeira proficiente ou perita pois

“(...)Enfermagem avançada significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que tem por “core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas e maior competência na tomada de decisão” (Silva, 2007; p. 18).

Sendo o cerne dos cuidados de enfermagem a Pessoa, na sua singularidade, como ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, neste mestrado, refleti sobre a Pessoa em Situação Crítica, que é

“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010; p.1)

e neste projeto sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados a um grupo de doentes críticos com patologia ou trauma abdominal.

O desafio que nos foi colocado é o desenvolvimento de competências especializadas que integram a complexidade técnica e o desenvolvimento científico de uma prática baseada na evidência, necessários para o restabelecimento das funções vitais, mas simultaneamente prestar cuidados fundamentados nos paradigmas da enfermagem atual, incorporando o conhecimento técnico aos cuidados, desenvolvendo o conceito de enfermagem avançada, como refere Abel Silva (2007), caminhando para os cuidados centrados nas respostas humanas às situações críticas, utilizando um conhecimento gerado pela investigação e nas teorias em enfermagem. O enfermeiro é um trabalhador do conhecimento porque aplica as suas competências e conhecimentos na sua prática tendo em conta as diferentes dimensões dos cuidados de enfermagem.

Assim neste capítulo final deste trabalho, pretendo refletir sobre esta capacidade e de que forma o seu desenvolvimento foi essencial para atingir os objetivos que inicialmente defini no início deste projeto de desenvolvimento de competências, nomeadamente:

- Aprofundar os conhecimentos de enfermagem na área do doente do foro abdominal, nos seus vários domínios, nomeadamente nos cuidados de enfermagem em situação de urgência e emergência e nos cuidados perioperatórios.
- Desenvolver competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com patologia e trauma abdominal e sua família.
- refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com patologia e trauma abdominal.

Foi através do projeto inicialmente proposto que iniciei um caminho onde através do qual, pretendia não só atingir os objetivos propostos como também atingir um nível de competências que permitisse distinguir a minha prestação de cuidados atual da inicial. O projeto foi deste modo, o grande impulsionador, onde tive oportunidade de escolher uma área dentro do cuidado à PSC, na qual fizesse sentido desenvolver a minhas competência e o nível de cuidados que presto. Assim durante este período, tentei mantive-me fiel ao percurso delineado, procurando as melhores experiências de aprendizagem, aliando a pesquisa e o conhecimento científico como base dos cuidados prestados.

Como linhas orientadoras, estiveram as competências específicas delineadas pela OE para os enfermeiros especialistas em PSC, bem como as competências de âmbito geral. Outra fonte essencial para o processo de reflexão e desenvolvimento de competências foi a obra de “Iniciado a Perito” de Benner, uma vez que a definição dos vários estádios de desenvolvimento da prática de enfermagem, permitiram-me identificar as áreas onde a minha prestação de cuidados precisava evoluir e identificar que atividades poderiam promover esse desenvolvimento. Por último, destaco também a obra “Promover a vida” de Collière, que tive oportunidade de conhecer em pormenor durante a UC de Enfermagem Avançada. A visão dos metaparadigmas de enfermagem da autora demonstraram o contexto intemporal dos cuidados de enfermagem e como estes se aplicam durante as várias fases de vida da Pessoa, nas suas várias transições e crises, que são inerentes ao percurso de

vida de cada um. Depois de identificar as áreas onde seria necessário evoluir e desenvolver as minhas capacidades, pude perceber qual era o caminho que deveria seguir e que princípios deveriam nortear este percurso de aquisição de competências.

O encadeamento dos locais de estágio e a escolha dos mesmos foram aspetos fundamentais que determinaram o sucesso das atividades planeadas e realizadas e que permitiram assim atingir os objetivos planeados para este projeto. Este percurso que se iniciou com o estágio no SUP permitiu o contato numa fase inicial com a PSC com patologia e/ou trauma abdominal, permitindo identificar os principais sinais e sintomas que acompanham estes doentes e de que forma estes podem evoluir para situações mais graves, pondo em risco a vida do doente. Por outro lado, também me permitiu um contato direto com várias ocorrências que podem surgir no contexto do SUP. Este fato poderia ser considerado um constrangimento, uma vez que de certa forma me levou algumas vezes a prestar cuidados à PSC, fora do âmbito deste projeto, ou seja, a doentes com patologia ou trauma abdominal. No entanto, considero que mais que um constrangimento, foi algo que permitiu enriquecer a minha prática de cuidados e os meus conhecimentos técnico-científicos, uma vez que despertou a necessidade de fundamentar e atualizar conhecimentos em outras áreas como a arritmias cardíacas, EAP, EAM, TEP que também possibilitaram um enriquecimento das minhas competências e me permitiram melhorar a prestação de cuidados à PSC com patologia e trauma abdominal, pois em algumas situações as patologias sobrepõem-se e o EE deve reunir as competências necessárias para suprir todas as necessidades da PSC, tendo por isso sido um contributo muito importante para o meu desenvolvimento profissional.

Ao finalizar este percurso na UCIP, tive oportunidade de acompanhar o desenrolar dos cuidados prestados numa fase inicial no SUP e no BO, uma vez que a grande maioria dos doentes a quem prestei cuidados de enfermagem encontravam-se num período pós-operatório. Esta fase do estágio foi de grande enriquecimento, uma vez que tendo conhecimento específico sobre os cuidados prestados no intra-operatório, consegui compreender quais as necessidades de monitorização a que estes doentes devem estar sujeitos e quais os principais sinais e sintomas de complicações, e como é que fatores aparentemente pouco relevantes

para o sucesso cirúrgico podem determinar o aparecimento ou não complicações, como a hipotensão, o jejum prolongado, mobilização tardia, a PIA, entre outros.

Desta forma e remetendo para o primeiro objetivo definido, posso afirmar que este foi amplamente atingido, em ambos os locais de estágio. As fontes de conhecimento foram variadas, desde as bases de dados científicas, como a pesquisa bibliográfica, as equipas de enfermagem e médicas com as quais tive o privilégio de contatar, e sobretudo o conhecimento e experiência disponibilizados pelos orientadores de estágio e tutor, permitiram que o meu nível de conhecimentos sobre a patologia e trauma abdominal aumentasse, mas também o meu conhecimento e experiência em outras áreas do conhecimento da PSC e que muito contribuíram para uma prestação de cuidados de elevada qualidade ao doente com patologia e trauma abdominal.

De igual forma, o segundo objetivo foi alcançado através da prestação direta de cuidados em várias situações à PSC com patologia e trauma abdominal e a família. Essencial para o desenvolvimento das competências técnicas e relacionais, foram as atividades planeadas e realizadas, em ambos os estágios, que permitiram desenvolver vários dos domínios de competências enunciados pela OE, dos quais destaco:

- a prestação de cuidados à PSC com patologia e trauma abdominal, identificando focos de instabilidade, executando cuidados técnicos de elevada complexidade, como por exemplo na ativação VVsépsis e em manobras de suporte avançado de vida;
- a administração de protocolos terapêuticos complexos, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados;
- a gestão diferenciada da dor, através da aplicação de escalas de autoavaliação e heteroavaliação da dor, utilizando esquemas de analgesia multifocal;
- a gestão da comunicação interpessoal à PSC e sua família estabelecendo uma relação terapêutica eficaz, identificando as barreiras à comunicação e desenvolvendo técnicas de comunicação alternativas;
- o desenvolvimento de planos e procedimentos para a avaliação e prevenção da infeção, através do controlo e rastreabilidade dos DMUM.

No que refere ao último objetivo definido, considero que este relatório é o espelho e o resultado final é o desenvolvimento de uma consciência profissional sólida, alicerçada nos metaparadigmas essenciais da prática dos cuidados de enfermagem, a Pessoa, o Cuidar, o binómio Saúde/Doença e o Ambiente. No início deste percurso, as questões colocadas sobre a qualidade da prestação de cuidados numa área tecnicamente tão complexa como a PSC, remetiam-se sobretudo para o conhecimento técnico-científico necessário. Não sendo minha intenção desvalorizar este conhecimento, até porque é inquestionável a sua importância nesta área de cuidados, após este percurso, que como se espera foi revestido com altos e baixos, posso dizer que a minha visão sobre os cuidados de enfermagem especializados à PSC se alterou, para uma visão mais profunda sobre esta temática e resultou sobretudo do desenvolvimento de uma capacidade reflexiva. Tendo por base, o conhecimento científico alicerçado pela prática baseada na evidência, e os princípios que norteiam a profissão expressos no REPE, no código deontológico dos enfermeiros, na carta de direitos dos doentes e através do estudo de algumas teorias sobre a conceptualização dos cuidados de enfermagem à PSC, como a teoria de Boykin e Schoenhofer sobre a Enfermagem como Cuidado (*Nursing as Caring*), foi-me possível construir uma nova consciência, no que respeita à enfermagem e aos cuidados que presto diariamente aos doentes.

No entanto, este percurso teve constrangimentos que apesar de não limitarem o sucesso das atividades planeadas, dificultaram a sua execução. A dificuldade em conciliar o período de estágio com as responsabilidades profissionais, bem como a complexidade dos locais de estágio, de certa forma dificultou a integração nas equipas de enfermagem. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica de trabalhos/artigos aplicados aos cuidados de enfermagem nesta área, também se revestiu de algumas dificuldades, uma vez que a grande maioria dos artigos consultados eram mais direcionados para a dimensão biomédica.

Com a frequência neste mestrado, pretendia e considero que atingi um nível de prestação de cuidados que se identificasse com o que Benner considera um enfermeiro proficiente e perito. Tenho consciência, que algumas das aprendizagens adquiridas neste percurso, me permitiram atingir em alguns domínios este patamar e reformulando as minhas “opiniões clínicas e gestão de situações complexas” (Benner, 2001; p.60) sendo visível o reconhecimento dos colegas e dos doentes.

Por outro lado, considero que este não é o fim de um percurso, mas o fim de uma etapa de um percurso profissional. Para a prática de uma enfermagem que se quer avançada é essencial que alguns dos pressupostos alcançados com este mestrado, me permitam continuar a evoluir como pessoa e profissional, tendo consciência das minhas limitações, porque só assim podemos evoluir. “ A prática é em si mesma, um modo de obter conhecimento” (Benner, 2001; p.12) e como tal é através da prática de cuidados especializados de enfermagem que pretendo continuar a evoluir, uma vez que o desenvolvimento de competências deve estar inerente à prática de uma enfermagem que se pretende cada vez mais avançada.

“A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes”. (Cruz, 2008; p.200)

Desta forma, a finalização deste mestrado é o início de uma nova etapa na minha vida profissional, onde pretendo que se destaque a formação em enfermagem, quer na vertente da formação em serviço como também a formação avançada de boas práticas e cuidados de enfermagem perioperatórios.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abreu, w. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.

Abreu, w. (nº.45 de 2002). Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*.

Alsayali, M. M. (July de 2009). Management of Blunt Bowel and Mesenteric Injuries: Experience at the Alfred Hospital. *European Journal Of Trauma and Emergency Surgery*, pp. 482-488.

Antolovic, D. et al. (Nº. 393 de 2008). Ischemic colitis - analysis os risk factors for postoperative mortality. *Langenbecks Archives of Surgery* , pp. 507-512.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa,. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à pratica dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Ballestas, H. C. (Dezembro de 2007). Postoperative Fever: To what is the body really responding? *AORN Journal* , pp. 983-988.

Baumhover, N., & Hughes, L. (Julho de 2009). Spirituality and support for family presence during invasive procedures and resuscitations in adults. *American Journal of Critical Care* , pp. 357-366.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Botelho, R. (Março de 2012). Metodologia de Projeto - Aula. *Unidade Curricular de Opção II* . Esel.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (Outubro-Dezembro de 2000). Is there really a time to care? *Nursing Forum* , pp. 36-38.

Boykin, A., Bulfin, S., & Baldwin, J. (Outubro-Dezembro de 2004). Transforming Care in the Emergency Department. *Topics in Emergency* , pp. 331-336.

Boykin, A., Schoenhofer, S., & Baldwin, J. (volume 9 de 2005). Living Caring in Practice: The transformative power of the theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring* , pp. 15-19.

Broto, M., & Delor, S. (2007). *Instrumentación Quirúrgica-Técnicas en cirugía general*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Bull, R., & Fitzgerald. (N.12 de 2006). Nursing in a technological environment: Nursing Care in the Operating Room. *International Journal of Nursing Practice* , pp. 3-7.

Burch, J. (Janeiro de 2012). Enhanced recovery for patients following colorectal surgery. *Nursing Standar/RCN Publishing* .

Colégio da Especialidade Médico-cirúrgica em Enfermagem. (16 de Julho de 2011). Regulamento dos padrões de qualidade para os cuidados especializados em enfermagem em pessoas em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel - Edições Técnicas, Ed., & M. L. Abecassis, Trad.

Conceição, A. C. (2012). Capítulo 7 - Sépsis. In INEM, *Manual INEM - Emergência Médica* (pp. 48-55). Lisboa.

Cruz, D., & Pimenta, C. (Maio-Junho de 2005). Prática Baseada em Evidências, aplicada ao Raciocínio Diagnóstico. *Revista Latino-am Enfermagem* , pp. 415-422.

Cruz, S. (Dezembro de 2008). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Servir* , pp. 199-205.

Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa.

Direção geral de Saúde. (Dezembro de 2009). Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa.

Direção Geral do Ensino Superior. (s.d.). *Descritores de Dublin*. Obtido em Maio de 2013, de DGES:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/processo+de+Bolonha/objectivos/Descritores+Dublin>

Eraut, M. (2008). *How professionals Learn through work*. Surrey: University of Surrey.

Eraut, M. (2010). *Useful knowledge about how and what people learn while they are working* . Surey: University of Surey.

Gedik, E. et al. (Maio de 2009). Relaparotomies: Why is mortality Higher? *European Journal Of Trauma and Emergency Surgery* , pp. 547-552.

Hough, C. (Março de 2008). Learning, decisions and transformation in Critical Care Nursing Practice. *Nursing Ethics* , pp. 322-331.

Kim, J. et al. (Outubro de 2007). Outcome Analysis of Patients Undergoing Colorectal Resection for Emergent and Elective Indications. *The American Surgeon Journal* , pp. 990-993.

Kirkpatrick, A. et al. (nº.39 de 2013). Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome update consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Medical Journal* , pp. 1190-1206.

Kotter, J., & Rathgeber, H. *O nosso Icebergue está a derreter*. Ideias de Ler.

Lee, R. (Fevereiro de 2012). Intra-Abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome - A comprehensive overview. *Critical Care Nurse Journal* , pp. 19-30.

Lemmens, L. et al. (Nº. 14 de 2008). Sistematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* , pp. 880-887.

Linke, G. et al. (Março de 2011). Surgical Intensive Care Unit - essential for good outcome in major abdominal surgery. *Langenbecks Archives of Surgery* , pp. 417-428.

Mckinley, S., Nagy, S., & al, e. (N.18 de 2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* , pp. 27-36.

Morse, B. et al. (Julho de 2008). Emergent and Elective Colon Surgery in the Extreme Elderly: Do the results warrant the operation? *The American Surgeon Journal* , pp. 614-618.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (Novembro de 2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa.

Pina, E. et al. (Nº.10 de 2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saude Pública* , pp. 27-39.

Robin, P. et. al. (Março de 2005). Perioperative Nurses and Patient Outcomes - Mortality, complications and length of stay. *AORN Journal* , pp. 508-527.

Ruivo, A. et al. (15 de 2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revisya Percursos* , pp. 1-37.

Sakorafes, G. et al. (Fevereiro de 2007). The role of surgery in the management of septic shock - Intra-abdominal causes of sepsis. *AORN Journal* , pp. 280-298.

Santos, E., & Fernanades, A. (Março de 2004). Pratica Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência* , pp. 59-62.

Story, S. K., & Chamberlain, R. S. (Julho de 2009). A Comprehensive Review of Evidence-Based Strategies to Prevent and Treat Postoperative Ileus. *Digestive Surgery* , pp. 265-275.

Sugrue, M., & Buhkari, Y. (Nº. 33 de 2009). Intra-Abdominal Presure and Abdominal Compartment Syndrome in Acute General Surgery. *World Journal of surgery* , pp. 1123-1127.

Trenti, L. e. (Nº. 26 de 2011). Generalized peritonitis due to perforated diverticulitis: Hartmann's procedure or primary anastomosis? *International Journal of Colorectal Disease* , pp. 377-384.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

World Society of Abdominal Compartment Syndrome. (s.d.). WSACS. Obtido em Julho de 2013, de <https://www.wsacs.org/>

Wyrzykowski, A. D. (Agosto de 2005). Emergent Right Hemicolectomies. *The American Surgeons Journal* , pp. 653-657.

Zargar-Shoshtari, K., & Hill, A. G. (Nº.78 de 2008). Optimization of Perioperative Care for Colonic Surgery: a review of the evidence. *ANZ Journal of Surgery* , pp. 13-23.

## **APÊNDICES**


## **APÊNDICE 1**


### **CRONOGRAMA**

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

SEMANAS	OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO					JANEIRO				FEVEREIRO				MARÇO				
	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	26	2	9	16	23
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	26	1	8	15	22	29
												Férias de Natal														

 Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

 Elaboração do Relatório de Estágio





## **APÊNDICE 2**

### **PLANO DE ATIVIDADES SUP E UCIP**

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM SUP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	<p>Prestar cuidados fundamentados na tomada de decisão ética em enfermagem no SUP</p> <p>Fundamentar a prática de enfermagem na investigação e no conhecimento científico no cuidado à pessoa em situação crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de incidentes críticos;</li> <li>○ Elaboração de reflexões escritas estruturadas sobre os incidentes críticos, de acordo com o ciclo de Gibbs;</li> <li>✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre as intervenções do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica;</li> <li>○ Identificação das lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes, enquanto especialista para a equipa de enfermagem do SUP;</li> <li>○ Pesquisa de evidência científica nas bases de dados e/ou pesquisa bibliográfica;</li> <li>○ Planeamento e execução de uma ação de formação para a equipa de enfermagem do SUP, sobre armazenamento, verificação e rastreabilidade de dispositivos médicos de utilização múltipla;</li> <li>○ Sistematização de bibliografia na área de desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal urgente/emergente</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SUP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL, e outros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integra conhecimentos sobre a funcionalidade e dinâmica do serviço</li> <li>○ Desenvolve a prestação de cuidados, baseada nos princípios éticos e deontológico</li> <li>○ Identifica lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes, através de observação e entrevistas com membros da equipa de enfermagem.</li> <li>○ Avalia os resultados das intervenções implementadas</li> <li>○ Participa na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Avalia o processo de tomada de decisão e seus resultados;</li> </ul>

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM SUP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p> <p>Presta Cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p> <p>Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<p>Identificar precocemente situações de instabilidade e risco de falência orgânica na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</p> <p>Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</p> <p>Planear estratégias/cuidados que permitam minimizar e/ou controlar situações de instabilidade e falência orgânica na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colheita de dados, consulta de processo clínico e exames auxiliares de diagnóstico;</li> <li>○ Recolha de informação sobre antecedentes pessoais e evolução da doença atual;</li> <li>○ Identificação das necessidades da pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Identificação de sinais e sintomas precoces de sépsis e/ou choque séptico;</li> <li>○ Planeamento de cuidados de enfermagem especializados no tratamento da pessoa em situação crítica com foco abdominal de sépsis e/ou choque séptico;</li> <li>○ Implementação precoce de ações para controlo ou minimização de danos, de acordo com o protocolo terapêutico para a sépsis;</li> <li>○ Implementação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Avaliação das necessidades relacionadas com a prevenção e controlo da infeção;</li> <li>○ Monitorização de parâmetros fisiológicos para despiste precoce de complicações;</li> <li>○ Avaliação dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, de forma a minimizar complicações;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SUP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta as normas e protocolos do serviço;</li> <li>○ Participa nos projetos em curso;</li> <li>○ Participa nos cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, dirigidos para a melhoria da qualidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Identifica prontamente focos de instabilidade;</li> <li>○ Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;</li> <li>○ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica;</li> <li>○ Diagnóstica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos.</li> </ul>

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM SUP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p> <p>Faz a gestão da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica, otimizando respostas</p> <p>Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para a resposta às necessidades do contexto de cuidados da Pessoa em situação crítica</p>	<p>Planear estratégias/cuidados que permitam minimizar e/ou controlar situações de instabilidade e falência orgânica na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal (Cont.);</p> <p>Planear estratégias para a prevenção e controlo da infeção hospitalar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitorização da dor como parâmetro essencial na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Implementação de protocolos terapêuticos para controlo da dor, de acordo com as necessidades identificadas;</li> <li>○ Avaliação das medidas terapêuticas desenvolvidas para diminuição e controlo da dor;</li> <li>○ Diagnóstico e planeamento de intervenções de enfermagem na prevenção da infeção hospitalar;</li> <li>○ Avaliação de medidas de controlo da infeção hospitalar, de acordo com as diretrizes da comissão de infeção hospitalar;</li> <li>○ Realização de uma instrução de trabalho sobre o armazenamento, verificação e utilização de dispositivos médicos de utilização múltipla, nas salas de emergência e trauma;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SUP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL, e outros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações</li> <li>○ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados</li> <li>○ Garante a gestão de medidas de combate à dor;</li> <li>○ Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.</li> <li>○ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo de infeção;</li> <li>○ Estabelece estratégias pró-ativas a implementar na prevenção e controlo da infeção;</li> </ul>

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM UCIP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa em situação crítica</p>	<p>Prestar cuidados fundamentados na tomada de decisão ética em enfermagem na UCIP</p> <p>Fundamentar a prática de enfermagem na investigação e no conhecimento científico no cuidado à pessoa em situação crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de incidentes críticos;</li> <li>○ Elaboração de reflexões escritas estruturadas sobre os incidentes críticos, de acordo com o ciclo de Gibbs;</li> <li>✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre as intervenções do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica;</li> <li>○ Identificação das lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes, enquanto especialista para a equipa de enfermagem da UCIP;</li> <li>○ Pesquisa de evidência científica nas bases de dados e/ou pesquisa bibliográfica;</li> <li>○ Sistematização de bibliografia na área de desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal urgente/emergente;</li> <li>○ Observação das funções do enfermeiro especialista enquanto chefe de equipa, na gestão dos cuidados de enfermagem.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UCIP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL, e outros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integra conhecimentos sobre a funcionalidade e dinâmica do serviço</li> <li>○ Desenvolve a prestação de cuidados, baseada nos princípios éticos e deontológico</li> <li>○ Identifica lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes, através de observação e entrevistas com membros da equipa de enfermagem.</li> <li>○ Avalia os resultados das intervenções implementadas</li> <li>○ Participa na tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Avalia o processo de tomada de decisão e seus resultados;</li> </ul>

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM UCIP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</p> <p>Presta Cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</p> <p>Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p>	<p>Identificar precocemente situações de instabilidade e risco de falência orgânica na PSC com patologia ou trauma abdominal;</p> <p>Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</p> <p>Planear cuidados que permitam minimizar e/ou controlar situações de instabilidade e falência orgânica na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colheita de dados, consulta de processo clínico e exames auxiliares de diagnóstico;</li> <li>○ Recolha de informação sobre antecedentes pessoais e evolução da doença atual;</li> <li>○ Identificação das necessidades da pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Identificação de sinais e sintomas precoces de sépsis e/ou choque séptico;</li> <li>○ Planeamento de cuidados de enfermagem especializados no tratamento da pessoa em situação crítica com foco abdominal de sépsis e/ou choque séptico;</li> <li>○ Implementação precoce de ações para controlo ou minimização de danos, de acordo com o protocolo terapêutico para a sépsis;</li> <li>○ Implementação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Monitorização de parâmetros fisiológicos para despiste precoce de complicações;</li> <li>○ Avaliação dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, de forma a minimizar complicações;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UCIP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta as normas e protocolos do serviço;</li> <li>○ Participa nos projetos em curso;</li> <li>○ Participa nos cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, dirigidos para a melhoria da qualidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar;</li> <li>○ Identifica prontamente focos de instabilidade;</li> <li>○ Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;</li> <li>○ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa em situação crítica;</li> <li>○ Diagnóstica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos.</li> </ul>

## PLANO DE ATIVIDADES

### ESTÁGIO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE (SUP) E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE (UCIP)

DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM UCIP	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</p> <p>Faz a gestão da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica, otimizando respostas</p> <p>Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para a resposta às necessidades do contexto de cuidados da Pessoa em situação crítica</p>	<p>Planear estratégias/cuidados que permitam minimizar e/ou controlar situações de instabilidade e falência orgânica na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal (Cont.);</p> <p>Planear estratégias para a prevenção e controlo da infeção hospitalar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação dos riscos cirúrgicos associados ao procedimento;</li> <li>○ Recolha de dados sobre complicações perioperatórias em cirurgia abdominal;</li> <li>○ Registo de intercorrências e complicações diagnosticadas no período perioperatório, para a pessoa em situação crítica com patologia e/ou trauma abdominal;</li> <li>○ Monitorização da dor como parâmetro essencial na pessoa em situação crítica com patologia ou trauma abdominal;</li> <li>○ Implementação de protocolos terapêuticos para controlo da dor, de acordo com as necessidades identificadas;</li> <li>○ Avaliação das medidas terapêuticas desenvolvidas para diminuição e controlo da dor;</li> <li>○ Diagnóstico e planeamento de intervenções de enfermagem na prevenção da infeção hospitalar;</li> <li>○ Avaliação de medidas de controlo da infeção hospitalar, de acordo com as diretrizes da comissão de infeção hospitalar;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pessoa em situação crítica e família</li> <li>○ Enfermeiro Especialista</li> <li>○ Equipa de Enfermagem</li> <li>○ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bases de dados eletrónicas</li> <li>○ Bibliografia</li> <li>○ Entrevistas</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UCIP;</li> <li>○ Centros de documentação da ESEL, e outros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações</li> <li>○ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados</li> <li>○ Garante a gestão de medidas de combate à dor;</li> <li>○ Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.</li> <li>○ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo de infeção;</li> <li>○ Estabelece estratégias pró-activas a implementar na prevenção e controlo da infeção;</li> </ul>

### **APÊNDICE 3**

#### **INSTRUÇÃO DE TRABALHO: ARMAZENAMENTO, MANUTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILIZADOS**



	SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE
	Armazenamento, Manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos Esterilizados Nas Salas de Emergência
	IT. (COD DO DOC DE REF).

## 1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Esta instrução de trabalho pretende operacionalizar os procedimentos multisectoriais DDM101 e DDM102. O objetivo da instrução de trabalho é descrever o procedimento de armazenamento, verificação e utilização dos DMUM no Serviço de Urgência do HSJ.

## 2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A instrução de trabalho deve ser utilizada pela Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência, em articulação com o Serviço de Esterilização Central. A responsabilidade pelo procedimento é dos enfermeiros destacados para as salas de Emergência.

## 3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### 3.1 Acondicionamento e verificação dos DMUM nas Salas de Emergência

3.1.1 Os DMUM devem permanecer armazenados nos armários fechados das Salas de Emergência 1 (Armário 2) e Emergência 4 (Armários 3 e 4), de acordo com o stock definido (Anexo I).

3.1.2 A verificação dos prazos de validade dos DMUM, é da responsabilidade dos enfermeiros destacados para as Salas de Emergência, no turno da manhã, de acordo com o cronograma em anexo. Caso não seja possível, deve realizar-se no turno da manhã do dia seguinte.

3.1.3 A verificação dos prazos de validade deve ser trimestral no armário 2 da sala de emergência 1 e nos armários 5 e 6 da sala de Emergência 4, sendo que a validade de cada DMUM está dependente do tipo de empacotamento:

Empacotamento	Armário Fechado
2 Invólucros/ Dupla Manga	6 Meses
Contentores de instrumental cirúrgico	1 Ano
Folha simples seguida de folha de polipropileno dupla	6 Meses

3.1.4 Os DMUM que se encontrem fora de prazo ou que o prazo de validade expire até à próxima verificação devem ser descartados e enviados para os SEC para novo reprocessamento.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO		P RÓXIMA EDIÇÃO	N º PÁGS.
	____		____		

	SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE
--	---------------------------------

	Armazenamento, Manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos Esterilizados Nas Salas de Emergência
	IT. (COD DO DOC DE REF).

3.1.5 A limpeza e desinfecção dos armários e dos contentores de acondicionamento dos DMUM deve realizar-se aquando da verificação dos prazos de validade, como forma de evitar o manuseamento excessivo do material.

3.1.6 Os DMUM com data de esterilização mais antiga devem ser armazenados em cima, caso permaneçam na horizontal, ou da esquerda para a direita quando armazenados na vertical.

3.1.7 Após a verificação, esta deve ser registada em impresso próprio (Anexo I) pelo enfermeiro que realizou a verificação, sendo o armário selado e o número do selo registado.

3.1.8 Os impressos de registo de verificação de validade e definição de stock devem permanecer acessíveis, junto aos armários de armazenamento de material nas salas de reanimação.

### 3.2 Utilização de DMUM nas Salas de Emergência

3.2.1 Sempre que necessária a utilização de DMUM devem-se verificar a integridade das embalagens, assim como a existência de integradores/indicadores no seu interior que confirmem a esterilização.

3.2.2 Após a utilização os DMUM devem ser considerados contaminados, devendo ser acondicionados em contentores próprios e enviados para o SEC.

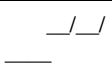
3.2.3 Os enfermeiros destacados para as salas de Emergência devem verificar se os DMUM utilizados se encontram a funcionar corretamente.

3.2.4 Em caso de utilização de conjuntos de DMUM (tabuleiros de drenagem torácica, colocação de cateter central, entre outros), verificar se a constituição se encontra de acordo com a pré-definida pelos SEC. (Anexo II).

3.2.5 Após a utilização de DMUM das salas de Emergência, deve ser registado em impresso próprio (Anexo III), qual o material utilizado, a data e hora de envio para o SEC.

3.2.6 O integrador que acompanha os DMUM deve ser arquivado em impresso próprio, no processo do doente e registado o número no processo informático, permitindo a rastreabilidade do material utilizado (Anexo IV).

3.2.7 O armário deve permanecer sem selo, até à receção dos DMUM em falta, que deve acontecer durante o mesmo turno ou no turno seguinte.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	<sup>P</sup> RÓXIMA EDIÇÃO	<sup>N</sup> º PÁGS.
				



## **APÊNDICE 4**

### **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## PLANO DE FORMAÇÃO

### ARMAZENAMENTO, MANUTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILIZADOS NAS SALAS DE EMERGÊNCIA

Identificação da Formação			
Curso	Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica	Data de início: Outubro 2011	Data de fim: Fevereiro 2013
Unidade Curricular	Estágio com relatório	Data de Inicio: 10.10.2012	Data de fim: 15.02.2013
Tema da Sessão:	Apresentação da Instrução de Trabalho sobre Armazenamento, manutenção e Utilização de Dispositivos Médicos Esterilizados Nas Salas de Emergência		
Formador:	Patrícia Neves	Horário: 10h30-11h30	Duração:15 min 2 Sessões

Objetivos Gerais	Apresentar a Instrução de trabalho sobre o armazenamento, manutenção e utilização de dispositivos médicos esterilizados nas salas de Emergência
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descrever o procedimento de armazenamento, verificação e utilização dos dispositivos médicos de utilização múltipla (DMUM), nas salas de emergência do SUP.</li><li>• Apresentar os documentos de registo de verificação utilizados na instrução de trabalho</li></ul>
Pré-Requisitos	Enfermeiros da equipa de enfermagem do SUP
Equipamentos a Utilizar	Computador portátil

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **CIRCULAR NORMATIVA VIA VERDE SÉPSIS**

## **ANEXO II**

### **PROCEDIMENTO SETORIAL PARA AVALIAÇÃO DA PIA**



	<b>Procedimento Sectorial</b>	
	<b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

## **1 OBJECTIVO**

Uniformizar os procedimentos de enfermagem na avaliação da pressão intra-abdominal e na colocação e manutenção do sistema.

## **2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros da UCIP.

## **3 RESPONSABILIDADES**

**3.1 Pela implementação do Procedimento:** Coordenador da Unidade, Enf.<sup>a</sup> Chefe e equipa de enfermagem da UCIP.

**3.2 Pela revisão do procedimento:** Direcção da Área de Urgência e Cuidados Intensivos.

## **4 DEFINIÇÕES**

**Pressão Intra-Abdominal** - pressão exercida dentro da cavidade abdominal. A sua avaliação é realizada por método indirecto e resulta da combinação da pressão do conteúdo abdominal e da compliance da parede abdominal.

O valor normal da PIA em doentes críticos é aproximadamente 5-7 mmHg e em doentes pós laparotomia de 10-15mmHg.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		101/97

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL</b>	

**Hipertensão Intra-Abdominal** - é definida por valores acima de 12 mmHg na cavidade abdominal, quando sustentada ou repetida. Classifica-se como Grau I: 12-15mmHg; Grau II: 16-20mmHg; Grau III: 21-25mmHg e Grau IV: > 25mmHg.

## 5 SIGLAS E ABREVIATURAS

**PIA** – Pressão Intra-Abdominal

**SF** – Soro Fisiológico

**mmHg** – milímetros de mercúrio

**ml** - mililitros

## 6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU 3ª edição Versão 01, 2010:

N ORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
6	Serviço de Enfermagem – Cuidados Prestados ao doente	6.14
5 6	Serviço de Cuidados Especiais – Tratamentos e Cuidados de Saúde	56.29

- Anderson, R.;Gallagher, J.(2007) – Revision of the Procedure for Monitoring Intra-abdominal Pressure *in* Critical Care Nurse, nº 27, p.67-70.

- [www.WSACS.org](http://www.WSACS.org)

- [www.abdominalcompartmentsyndrome.org](http://www.abdominalcompartmentsyndrome.org)

## 7 DESCRIÇÃO

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		102/97

	<b>Procedimento Sectorial</b>	
	<b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL</b>	

- A presença de PIA elevada em 3 mensurações seguidas por avaliação indirecta com intervalos de 4/6h, reforça a sua fiabilidade.
- As indicações para avaliação da PIA são: Trauma abdominal (ex: fechado ou aberto, hemorragia retroperitoneal, fracturas pélvicas, queimadura abdominal extensa); Cirurgia abdominal major (ex: neoplasias, pancreatite, oclusão intestinal, rotura de aneurisma da aorta abdominal) e patologias médicas (ex: choque séptico, ascite, obesidade mórbida).
- Situações como ruptura ou lesão da cavidade vesical e bexiga neurogénica, constituem contra-indicações para monitorização da PIA.
- Todas as intervenções para colocação, manutenção e avaliação da PIA devem respeitar a técnica asséptica.

■ **Na preparação do sistema para avaliação da PIA deve constar:**

- Módulo de avaliação de pressão e cabo de monitorização;
- Soro Fisiológico a 0,9% (500cc);
- Kit de monitorização da pressão;
- Conector em T 3/8x1/4LL (Maquet®);
- Material de desinfeção (compressas, luvas e campo esterilizados, Cutasept®).

- Na conexão do sistema, adaptar o conector em T, entre a algália e o sistema de medição de urina (Urimeter®).
- Proceder à avaliação de PIA de acordo com a indicação médica.
- A avaliação da PIA deve ser intermitente.

■ **No procedimento de avaliação da PIA deve-se:**

- Posicionar o doente em decúbito dorsal;
- Colocar o transdutor ao nível da linha média axilar/crista ilíaca;
- Clampar o sistema de dispositivo urinário;
- Realizar o “zero” do sistema de monitorização;
- Desinfectar a torneira do sistema de monitorização de pressão com Cutasept®;
- Aspirar no máximo 25 ml de solução de Cloreto de Sódio a 0,9%, através da torneira do sistema de monitorização de pressão e injectar na cavidade vesical;
- Aguardar pelo valor numérico ou pela presença de uma curva pouco oscilante e aguardar 30-60 segundos;
- Considerar o valor médio da PIA ou na presença de curva o valor da PIA após a expiração (valor mais baixo);
- Desclampar o sistema após avaliação.

- Registrar o valor da PIA na folha de registo de enfermagem.
- Subtrair ao débito urinário seguinte o valor de SF introduzido.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		103/97

	<b>Procedimento Sectorial</b>	
	<b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL</b>	

- Se valores de PIA superiores a 15mmHg, vigiar débito urinário (oligoanúria), padrão respiratório (hipoxémia) e cardíaco (taquicardia).
- Vigiar complicações da monitorização da PIA (infecção do trato urinário).
- **Na manutenção do sistema para avaliação da PIA deve-se:**
  - Substituir todo o sistema a cada 72h;
  - Identificar o sistema de PIA com o pin verde.

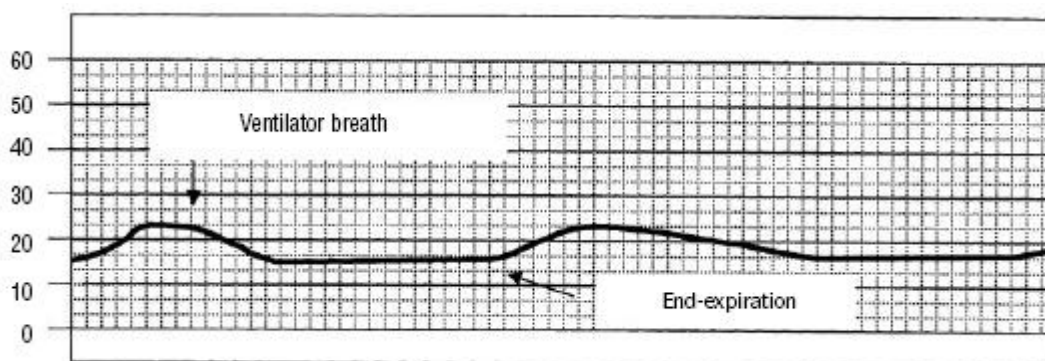
## 8 ANEXOS

### 8.1 Impressos

### 8.2 Outros

Anexo 1 – Avaliação da Curva de Pressão Intra-Abdominal

#### Curva de Pressão Intra - Abdominal



O valor da PIA no final da expiração é 15mmHg.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		104/97

### **ANEXO III**

#### **PROCEDIMENTO SETORIAL – DOR 5º SINAL VITAL**



	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

## 1 OBJECTIVO

Uniformizar a prática de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor a todos os utentes da UCIP<sub>1</sub>.

## 2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os enfermeiros da UCIP<sub>1</sub>.

## 3 RESPONSABILIDADES

**3.1 Pela implementação do Procedimento:** Coordenador da Unidade, Enf.<sup>a</sup> Chefe e equipa de enfermagem da UCIP<sub>1</sub>.

**3.2 Pela revisão do procedimento:** Direcção da Área de Urgência e Cuidados Intensivos.

## 4 DEFINIÇÕES

**Dor** – Dor é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre.

**Dor Aguda** – Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.

**Dor Crónica** – Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação causal ou temporal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas.

**5º Sinal Vital** – Consiste na avaliação e registo sistemático da Intensidade da dor com recurso a instrumentos de avaliação: heteroavaliação e auto-avaliação da dor.

**Auto-avaliação da Dor** – Avaliação da dor realizada pela pessoa que a experimenta, com recurso a escalas de auto-avaliação ou auto-relato.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

**Heteroavaliação da Dor** – Avaliação da dor efectuada através da observação de indicadores comportamentais e fisiológicos, feita pelo prestador de cuidados, com recurso a escalas de heteroavaliação.

**Escalas de heteroavaliação ou Escalas comportamentais** – são constituídas por categorias de comportamentos que devem ser observados. Avaliam a componente comportamental da dor permitindo-nos a compreensão do vivido pela pessoa. Utilizadas no adulto quando a sua situação clínica não lhe permite comunicar a sua dor.

## 5 SIGLAS E ABREVIATURAS

UCIP<sub>1</sub> – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1

SV – Sinais Vitais

AVD – Actividades de Vida Diária

EN – Escala Numérica

EC – Escala Comportamental

BPS – Behavioral Pain Scale

## 6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU 3ª edição Versão 01, 2010:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

- CASEIRO, José Manuel (2007) – **Biblioteca da Dor – Compilação 1. A Organização da Analgesia do Pós-Operatório**. Lisboa: Ed. Permanyer, p.197-244.

- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa Nº 9/DGCS. (2003). **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**. Lisboa: DGS. 4p.

- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD. (2008). **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa.2008.15p. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- GRUPO DE TRABALHO CONTRA A DOR – **Protocolo de Tratamento da Dor Peri-operatória** (2008). 4p.

- GRUPO DE TRABALHO CONTRA A DOR – **Relatório Dor – 5º Sinal Vital: Avaliação e Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Projecto Institucional** (2007). 195p.

- McCAFFERY, Margo; BEEBE, Alexandra (1997), *PAIN – Clinical Manual for Nursing Practice*, London, Ed. Mosby (1ª Ed. 1989).

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>Letra Edição</b>		<b>o</b>	<b>Nº da Circular</b>		



	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

- METZGER, Christian; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane (2002). – **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Editora Lusociência. 281p. ISBN 972-8383-32-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.456p. ISBN 972-9966-0-2.

## 7 DESCRIÇÃO

- ❖ A natureza subjectiva da dor obriga a que os profissionais de saúde acreditem que a intensidade da dor é o que a pessoa diz que sente, dando especial atenção à comunicação não-verbal da pessoa quando não é capaz de se expressar.
- ❖ O alívio da dor exige uma atenção particular à pessoa e cuidados personalizados.
- ❖ Toda a pessoa tem o direito ao controlo efectivo da dor, sendo crucial uma abordagem multidisciplinar que engloba intervenções destinadas à prevenção e tratamento da dor, sendo a avaliação e o registo sistemático do 5º Sinal Vital indispensáveis para um controlo eficaz.
- ❖ Os enfermeiros têm o dever ético de desenvolverem intervenções que favoreçam o controlo da dor, uma vez que no exercício da profissão têm o dever de reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa.
- ❖ Os enfermeiros no desenvolvimento de estratégias que fomentem a prevenção e o alívio da dor têm a responsabilidade de se articularem e agirem em complementaridade com outros profissionais de saúde, de forma a melhorarem as práticas de gestão da dor.
- ❖ Os enfermeiros desenvolvem actividades que se firmam nos **Princípios Orientadores do programa Nacional da Dor (2008)**.
- ❖ A avaliação do 5º Sinal Vital, permite conhecer a eficácia das estratégias farmacológicas e não farmacológicas usadas no controlo da dor e modificar o tratamento, se for o caso, prevenindo as consequências da dor não avaliada e constituindo uma condição primordial para o bem-estar do utente com patologia dolorosa e/ou submetido a procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos e/ou cirurgia.
- ❖ O registo da intensidade da dor (quantitativo) é realizado na folha dos SV, e deve ser complementado no diário de enfermagem, com aspectos qualitativos sobre a dor do utente, de acordo com a observação do enfermeiro.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
<b>Letra Edição</b>		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

### 7.1. Pressupostos na prestação de cuidados de enfermagem ao utente com dor:

- ❖ Questionar acerca da dor na admissão e regularmente.
- ❖ Acreditar nos relatos de dor do utente e família, bem como nas estratégias que lhe proporcionam alívio.
- ❖ Privilegiar a auto-avaliação da dor, tendo em consideração as capacidades de comunicação e as aptidões cognitivas do utente.
- ❖ Colher dados sobre a História de Dor, para conhecer as palavras e as expressões que o utente utiliza para descrever a dor, as experiências prévias, as reacções e as estratégias usadas para lidar com a dor.
- ❖ Utilizar equipamento e/ou material o menos invasivo possível.
- ❖ Usar a associação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para gerir a dor e ansiedade. Permitir a escolha das estratégias não farmacológicas sempre que possível, para proporcionar o máximo controlo da situação.
- ❖ Optimizar o tempo de espera para realização dos procedimentos invasivos, no intuito de diminuir a ansiedade antecipatória.

### 7.2. Avaliação e Registo da dor

#### 7.2.1 - Avaliação e Registo Qualitativo da dor

- ❖ Factores precipitantes, atenuantes ou agravantes da dor.
- ❖ Características temporais da dor (como se inicia e evolui ao longo do tempo).
- ❖ Localização da dor.
- ❖ Comportamento do utente através de sinais verbais e não-verbais – Qualidade da dor.
- ❖ Efeitos da dor sobre as actividades de vida do utente – Intensidade da Dor (recorrer a escalas de auto-avaliação ou heteroavaliação).

#### 7.2.2 – Requisitos na Avaliação e Registo Sistemático do 5º Sinal Vital

- ❖ Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde a admissão até à transferência:
  - ◆ **Uma vez turno, se intensidade  $\leq 3$**  (dor controlada);
  - ◆ **Sempre que necessário, se intensidade  $\geq 4 \leq 10$**  (dor moderada a severa, não controlada e/ou não tratada),
  - ◆ **Antes** do analgésico.
  - ◆ **Após** o analgésico:
    - **1 hora** após se terapêutica *per os*;
    - **1/2 hora** após se terapêutica IV.
- ◆ Despistar a dor a todos os doentes na avaliação inicial das AVD's.
- ◆ Seleccionar os instrumentos de avaliação tendo em conta:
- ◆ Capacidades cognitivas do utente

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

- ◆ A situação clínica,
  - ◆ A facilidade da sua aplicação.
- ❖ Manter a mesma escala de intensidade durante todo o tempo que durar a assistência ao utente, excepto se as suas capacidades cognitivas se modificarem, de forma a possibilitar a comparabilidade e a evolução da intensidade da dor (Ex. Utente ao acordar da anestesia utiliza-se a Escala de Heteroavaliação (EC), quando bem orientado utiliza-se a Escala de Auto-avaliação (EN))
  - ❖ Efectuar o registo da intensidade da dor na folha dos registos de enfermagem, identificando uma das colunas com “DOR”, identificando igualmente o tipo de instrumento utilizado com as iniciais EN – Escala Numérica e EC – Escala Comportamental, garantido a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos vários membros da equipa multidisciplinar.
  - ❖ Avaliar e despistar a dor nos diferentes contextos de intervenção, nomeadamente:
    - ◆ Após cirurgia/procedimento cirúrgico
      - **Ao iniciar líquidos**, em todos os utentes que iniciam líquidos cerca de **3 horas** após a cirurgia (foro da ORL, da Plastia da boca, da Cirurgia Geral, da Urologia, da Ortopedia).
    - ◆ Utentes submetidos a procedimentos de diagnóstico e terapêuticos
      - **No momento do procedimento** – permite conhecer a intensidade de dor máxima compreendida pelo utente, bem como avaliar a eficácia das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas;
      - **5’ após o procedimento**, para conhecer a intensidade de dor residual e o modo como integraram a experiência dolorosa, aferindo formas de intervenção futura.

### 7.3. Instrumentos de Avaliação da Dor

- ❖ Escala de Auto-avaliação
  - ◆ **Escala Numérica (EN)**
- ❖ Escala de Heteroavaliação
  - ◆ **Escala BPS – Behavioral Pain Scale (EC)**

### 7.4. Avaliação dos Resultados

A monitorização da avaliação e registo sistemático do 5º Sinal Vital é efectuada através de auditorias trimestrais.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

Nas auditorias são considerados os Indicadores de Qualidade Específicos, com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, referente ao enunciado descritivo **O bem – estar e autocuidado**.

## 7.5. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

❖ **Bem – estar e autocuidado** – promover o controlo da dor

♦ **Indicadores de Resultado** (na Avaliação e Registo Sistemático do 5º Sinal Vital:

- $$\frac{\text{Número de utentes com dor}}{\text{Número de utentes internados}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de utentes com avaliação sistemática da dor}}{\text{Número de utentes com dor}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de utentes com dor controlada}}{\text{Número de utentes com dor}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Número de utentes com dor de procedimento controlada}}{\text{Número de utentes que realizaram procedimentos}} \times 100$$

## 8 ANEXOS

### 8.1 Impressos

### 8.2 Outros

#### 8.2.1 Escala Numérica

- ❖ A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.
- ❖ Esta régua pode apresentar-se ao utente na horizontal ou na vertical.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL</b>	

- ❖ Pretende-se que o utente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade imaginável).
- ❖ A classificação numérica indicada pelo utente será registada na folha de registo.
- ❖ Identificada na folha de registos com a abreviatura – **EN**.

<b>Classificação da Dor</b>
<b>Zero (0)</b> – Ausência de Dor <b>Um a Três (1 a 3)</b> – Dor de Fraca intensidade <b>Quatro a Seis (4 a 6)</b> – Dor intensidade Moderada <b>Sete a Nove (7 a 9)</b> – Dor de Forte intensidade <b>Dez (10)</b> - Dor de intensidade Insuportável

<b>Sem Dor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

### 8.2.2 Escala de Avaliação Comportamental – BPS, adaptado de Payen (2001)

- ❖ A escala comportamental é utilizada em utentes que não conseguem verbalizar a sua dor, por alterações das suas capacidades cognitivas.
- ❖ A escala BPS é uma escala comportamental.
- ❖ Nesta escala os comportamentos dos utentes, que podem indicar a existência de dor, são classificados tendo em conta três parâmetros: Expressão facial, Membros Superiores/Inferiores e Adaptação ventilatória.
- ❖ Em cada parâmetro a pontuação varia entre 1 e 4, pelo que o valor final se situa entre 3 e 12.
- ❖ **Avaliação com analgesia > 4** implica ajuste terapêutico com aumento da analgesia.
- ❖ **Em Ventilação espontânea com score > 3** implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro Adaptação Ventilatória).
- ❖ **Em utentes tetraplégicos com score > 3** implica terapêutica analgésica (Anulado parâmetro dos Membros).
- ❖ Identificada na folha de registos com a abreviatura – **EC**.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

	<b>Procedimento Sectorial</b>  <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> <b>POLIVALENTE</b>	
	<b>AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR</b> <b>COMO 5º SINAL VITAL</b>	

<b>ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR</b> <b>(BEHAVIORAL PAIN SCALE)</b>		
<b>EXPRESSÃO FACIAL</b>		
♦	<b>Relaxada .....</b>	<b>1</b>
♦	<b>Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)...</b>	<b>2</b>
♦	<b>Contração Franca (ex. pálpebras cerradas) .....</b>	<b>3</b>
♦	<b>Fácies de Dor.....</b>	<b>4</b>
<b>MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES</b>		
♦	<b>Sem movimento .....</b>	<b>1</b>
♦	<b>Parcialmente flectidos e tensos .....</b>	<b>2</b>
♦	<b>Rígidos com dedos crispados/cerrados .....</b>	<b>3</b>
♦	<b>Totalmente contraídos/rígidos .....</b>	<b>4</b>
<b>ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA</b>		
♦	<b>Adaptado .....</b>	<b>1</b>
♦	<b>Adaptado com acessos de tosse esporádicos .....</b>	<b>2</b>
♦	<b>Desadaptação/Bloqueio ventilatório frequente .....</b>	<b>3</b>
♦	<b>Bloqueio ventilatório constante .....</b>	<b>4</b>
<b>NOTAS:</b> <b>Avaliação com analgesia &gt; 4</b> implica ajuste terapêutico com aumento da analgesia. <b>Em Ventilação espontânea com score &gt; 3</b> implica terapêutica analgésica (anulado parâmetro Adaptação Ventilatória). <b>Em utentes tetraplégicos com score &gt; 3</b> implica terapêutica analgésica (Anulado parâmetro dos Membros).		
<b>Adaptado de Payen, (2001)</b>		

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição		o	Nº da Circular		

**ANEXO IV**

**CERTIFICADO COMO FORMADORA NO PROGRAMA AVANÇADO DE  
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**





## **ANEXO V**

### **CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO “SAÚDE PARA TODOS” EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE**